

TYÖPAPEREITA 7/2005

---

Milla Roos (red.)

# Annus Socialis Fenniae 2005

Nordiskt socialdirektörmöte

Mariehamn, 22.–23. september 2005

© Kirjoittaja ja Stakes

Taitto: Christine Strid

ISBN 951-33-1634-3 (paperimoniste)

ISSN 1795-8091

ISBN 951-33-1635-1 (verkkokirja)

ISSN 1795-8105

Stakesin monistamo

Helsinki 2005



Forsknings- och utvecklingscentralen  
för social- och hälsovården

Helsingfors 2005

## Innehåll

|  |    |
|--|----|
| Förord.....  | 5  |
| <i>Matti Heikkilä</i>  |    |
| Socialporten – webbtjänsten för alla som arbetar inom det sociala .....                        | 7  |
| <i>Tero Meltti</i>   |    |
| SOTKANet-indikatorbanken.....  | 8  |
| Sammandrag av några böcker som utgivits 2004–2005 från Stakes .....                            | 9  |
| Sammandrag av några böcker som utgivits 2004–2005 från social- och hälsovårdsministeriet ..... | 19 |
| Somliga pressmeddelanden från social- och hälsovårdsministeriet .....                          | 26 |

# Förord

MATTI HEIKKILÄ

Den centrala utvecklingsimpulsen för kommunernas socialvård är fortfarande det extra statsstöd för projekt som kommunerna får. Under detta år har social- och hälsovårdsministeriet och länsstyrelserna delat ut totalt 20 miljoner euro. Anslagen beviljades till prioriterade områden, som var bland annat

- främjande av IT-användningen,
- produktion av regionala tjänster,
- utveckling av basservice för barnfamiljer,
- regional utveckling av mental- och missbrukarvårdstjänster,
- kvaliteten på och tillgången till service för äldre.

Genom social- och hälsovårdsministeriets beslut styrdes de flesta av de beviljade anslagen till 28 utvecklingsprojekt. Man prioriterade särskilt att tjänsterna anordnas med utgångspunkt i ett större befolkningsunderlag än för närvarande. Dessutom prioriterades bildning av servicenätverk för barnfamiljer, genomförande av social jour, IT-utveckling och trygghet av service för språkliga och kulturella minoriteter.

I anslutning till det landsomfattande utvecklingsprojektet för det sociala området bereddades lagstiftning, genom vilken man strävar efter att förbättra klientens ställning inom servicen för äldre. Lagen torde att träda i kraft 2006. Enligt lagen skall alla som fyllt 80 år, och vid behov även yngre personer, få sitt behov av ändamålsenlig vård bedömt inom sju dagar efter att myndigheterna kontaktats. För en del av de äldre skulle det naturligtvis krävas att man utarbetar en vård- och serviceplan. Några subjektiva rättigheter till service skulle reformen emellertid inte medföra.

Mot bakgrund av 2006 års budgetlag fortsatte förberedelserna av stora förändringar i arbetsmarknadsstödet, som nuförtiden är de långtidsarbetslösas viktigaste inkomstskydd. Genom denna reform (”samhällsgaranti för långtidsarbetslösa”) försöker man att bryta det passiva stödberoendet. Sätten är för det första att skärpa kravet på aktivering som villkor för att få stöd och för det andra att överföra ansvaret för finansieringen av den del av arbetsmarknadsstödet som utbetalas efter 500 dagar till kommunerna. Man har också för avsikt att ändra fördelningen av kostnaderna mellan staten och kommunerna på så sätt att staten skulle betala 50 procent av alla kostnader för utkomststödet. Modellen innehåller med andra ord möjligheter att både sätta press på kommunerna och att belöna dem.

I statens budget för 2005 höjdes beloppet på två viktiga förmåner för barnfamiljer. Minimibeloppen för moderskaps-, faderskaps- och föräldrapenningen samt det hemvårdsstöd som utbetalas för vård av barn under tre år hemma fick en nivåförhöjning. Båda satsningarna berörde en grupp där risken för fattigdom som bekant är stor. Nämnas kan också att över 25 procent av förstföderskorna i Finland får moderskaps- eller föräldrapenningens minimibelopp.

Fattigdomen bland barnfamiljer blev aktuellt sommaren 2005, när Stakes offentliggjorde en studie om detta. Av studien framgick att fattigdomsgraden bland barnbefolkningen i Finland har ökat under de senaste tio åren och att den är större än för befolkningen i snitt (12 procent jämfört med 11 procent 2003). Särskilt hög är fattigdomsgraden fortfarande i hushåll med en ensamförälder.

Hösten 2005 fattade regeringen ett beslut om ett separat ”fattigdomspaket”. Paketet, som är lite under 100 miljoner euro, riktas till pensionärerna och dem som får utkomststöd. Nivåförhöjningen av folkpensionerna är fem euro i månaden. I fråga om utkomststöd avskaffas den kalkylmässiga självriskandelen på sju procent för boendekostnader. Antalet äldre som får

minimipension är ungefär 100 000, medan cirka åtta procent av befolkningen får utkomststöd. Trots förväntningarna ingick i fattigdomspaketet inga insatser för de arbetslösas grundtrygghet och inte heller för barnfamiljer.

Under ledning av social- och hälsovårdsministeriet har programmet Velfärd 2015 påbörjats. Syftet med programmet är att dra upp riktlinjer för utvecklingsinsatser på lång sikt inom den finländska sociala tryggheten och särskilt tjänsterna. Enligt planerna skall programmets utkast vara färdigt hösten 2006, när man börjar förbereda riksdagsvalet våren 2007.

Stakes påbörjade för sin del utredningsprojektet Velfärdsstatens gränser. I detta projekt undersöker man i fyra olika arbetsgrupper det offentliga välfärdsansvarets socialpolitiska och rättsliga grund, ökningen av omvårdnadskostnader till följd av en åldrande befolkning samt hur rättvis fördelningen av utnyttjandet av tjänster är. Som ett slags förarbete utarbetade Stakes forskare på uppdrag av Ekonomiska rådet rapporten *Julkisen hyvinvointivastuun muotoutuminen sosiaali- ja terveydenhuollossa* (Det offentliga välfärdsansvaret inom social- och hälsovården), som publicerades av Statsrådets kansli. I rapporten behandlas följande tre frågor: För det första, i vilken utsträckning är Finland enligt olika makromått (fortfarande) en nordisk välfärdsstat? För det andra, genom hurdana politiska processer har den offentliga sektorns ansvar fastställts när det gäller barnavård, äldre-service och minimiskydd? Och för det tredje, hurdan har den finländska hälso- och sjukvårdens succéhistoria varit och inför hurdana frågor står vi nu?

Våren 2005 inleddes äntligen den sittande regeringens kanske mest ambitiösa projekt: moderniseringen av kommun- och servicestrukturen. Målet är att göra kommunstrukturen, som i dag är rätt splittrad, mer enhetlig samt att skapa mer hållbara befolkningsunderlag för produktionen av välfärdstjänster.

# Socialporten – webbtjänsten för alla som arbetar inom det sociala

TERO MELTTI

*Socialporten är en webbtjänst för personer som arbetar inom det sociala samt deras samarbetspartners. Tjänsten tillhandahålls av Stakes. Den sammanställer och förmedlar mångsidig information från den sociala sektorn och erbjuder yrkesfolk en bas för egna nätverk. Socialporten är en gratis tjänst som är öppen för alla. I februari 2006 öppnas tjänsten också på svenska. Adressen är [www.sosiaaliporrtti.fi](http://www.sosiaaliporrtti.fi) (på finska) resp. [www.socialporten.fi](http://www.socialporten.fi) (på svenska, fr.o.m. 1.2.2006).*

Socialporten utgår från ett riksomfattande och praktiskt orienterat perspektiv. Den huvudsakliga målgruppen är socialarbetarna samt ledningen och andra yrkesgrupper inom socialvården. Dessutom betjänar Socialporten förtroendevalda inom socialsektorn, anställda vid olika organisationer, studerande samt andra myndigheter. Portalen står också fritt till medborgarnas förfogande.

Socialporten öppnades 16.3.2005. Sedan dess har tjänsten anlitats av i genomsnitt 15 000 personer per månad. Det finns också 1 300 registrerade användare som aktivt använder sig av Socialportens tjänster i sitt arbete. Tjänsten har nått socialsektorns yrkesfolk och deras samarbetspartners både snabbare och i bredare skala än vad man hade räknat med.

Den omfattande länksamlingen bildar Socialportens innehållsliga stomme. Med sina klassificerade länkar och korta beskrivningar fungerar den som en inkörsport till all den mångsidiga information om sociala frågor som internet kan erbjuda. I samlingen ingår över 1 900 länkar till myndigheters, organisationers och andra aktörers webbsidor och material. Den som i sitt arbete behöver information och fakta om sociala frågor hittar dem både snabbare och lättare via Socialporten. Dessutom erbjuder Socialporten fördjupande bakgrundsmaterial om olika spörsmål.

Socialporten har en egen redaktion som ständigt uppdaterar sidorna. Redaktionen har också som mål att väcka en livlig nätdebatt: Socialporten publicerar regelbundet debattinlägg om aktuella teman av såväl beslutsfattare på riksplan som lokala aktörer. Användarnas synpunkter och åsikter kartläggs med snabbgallupar. Redaktionen sammanställer nyheter och information om olika evenemang.

Registrerade användare har möjlighet att sätta upp egna webbsidor inom Socialporten. Dessa grupp- eller s.k. extranetsidor är särskilda, med användarnamn skyddade sidor för olika yrkesgrupper eller samarbetsnätverk inom Socialporten. Grupperna kan t.ex. utveckla gemensamma arbetskutymmer eller diskutera yrkesetiska frågor.

Socialporten fungerar också som en expertbank där man hittar konsulter, utbildare, handledare och andra experter inom det sociala. På hösten kommer dessutom delprojekten inom det nationella utvecklingsprojektet för det sociala området att publicera sina hemsidor på Socialporten. Meningen är att projekten skall kunna lägga ut också halvfärdiga planer och dokument och diskutera dem med andra aktörer inom socialsektorn.

Socialporten är en del av projektet ekonsultation inom socialvården, som finansieras av social- och hälsovårdsministeriet. För det tekniska genomförandet svarar Sininen Meteoriitti Oy.

**Ytterligare information:** specialplanerare Tero Meltti, Stakes, tfn (09) 3967 2624 eller [tero.meltti@stakes.fi](mailto:tero.meltti@stakes.fi). Se också [www.sosiaaliporrtti.fi](http://www.sosiaaliporrtti.fi) eller fr.o.m. 1.2.2006 [www.socialporten.fi](http://www.socialporten.fi).

## SOTKANet-indikatorbanken

Indikatorbanken SOTKANet är Stakes nya webbtjänst, som lanserades i mars 2005. Den innehåller de viktigaste uppgifterna om den finländska befolkningens välfärd och hälsa. Indikatorbanken har utvecklats som stöd för beslutsfattare och experter inom social-, hälso- och sjukvårdsområdet vid planering, uppföljning och beslutsfattande. Även andra som intresserar sig för ämnesområdena kan fritt använda indikatorbanken, som tillsvidare är en gratis informationstjänst.

Indikatorbanken innehåller uppgifter för olika målgrupper och ändamål. Datainnehållet har utvecklats av Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes) i samarbete med experter på social-, hälso- och sjukvård. Den nya indikatorbanken, som även internationellt är beaktansvärd, innehåller uppgifter som bygger på statistik-, register- och enkätdata från och med 1990. Uppgifterna kan tas fram på de viktigaste områdesnivåerna: kommun, sjukvårdsdistrikt och hela landet. En del av uppgifterna fås indelade efter kön. Indikatorbanken innehåller uppgifter om till exempel befolkningsstruktur, boende, utkomst, pensioner, ungdomars och vuxenbefolkningens hälsovanor, olika åldersgruppers användning av hälsovårdstjänster och läkemedel samt kostnaderna för social-, hälso- och sjukvården. Den är en webbtjänst som utvecklas fortlöpande och vars datainnehåll utvidgas varje år i enlighet med behovet av nya uppgifter.

Indikatorbanken är lättanvänd. Det är enkelt att ta fram uppgifter som siffror, grafiska figurer och kartor på antingen finska, svenska eller engelska. Dessutom finns det en ingående innehållsbeskrivning, som utarbetats av experter, om varje indikator. Indikatorbankens webbadress är [www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi).

Mer information om indikatorbanken ger utvecklingschef Nina Knape på telefonnummer +358 9 396 726 83 och Tiina Puhakka på telefonnummer +358 9 3967 2673. E-postadressen är [sotkanet@stakes.fi](mailto:sotkanet@stakes.fi).

# Sammandrag av några böcker som utgivits 2004–2005 från Stakes

## ÖVERSIKT ÖVER SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSTJÄNSTERNA 2005 Stakes, 2004

### Sammandrag

Överblicken över social- och hälsovårdstjänsterna 2005 skildrar läget inom social och hälsovårdssektorn under det nya årtusendets första år och blickar samtidigt också mot framtiden och de nya utmaningar den för med sig. Boken består av tio självständiga artiklar, som behandlar olika delområden och specialämnen inom hela social- och hälsovårdsfältet. De fyra första artiklarna behandlar social- och hälsovårdstjänster riktade till olika befolkningsgrupper: barn och barnfamiljer, äldre, personer med psykiska problem samt missbrukare. De övriga sex artiklarna granskar ur olika perspektiv hela social- och hälsovårdsfältet i vidare bemärkelse. Bland de aktuella teman som artiklarna tar upp kan nämnas de privata tjänsternas växande roll, hälsovårdstjänsternas inriktning och hälsofrämjandet. Andra teman, som också varit föremål för en livlig offentlig debatt, är köerna inom social- och hälsovården, kundperspektivet och styrmodellerna.

Det inledande kapitlet behandlar tre teman som diskuterats livligt år 2004: det nationella hälsovårdsprojektet, utvecklingsprojektet inom det sociala området samt kommunstyrelsen inom social- och hälsovården. Att trygga rätten till vård och att lösa problemen inom primärhälsovården är två frågor med direkt koppling till hälsovårdsprojektet. Utvecklingsprojektet för det sociala området syftar till att trygga socialsektorns framtid och är det största reformprojektet på årtionden. För närvarande pågår en reformering av kommunstyrelsen. Inom statens finansieringsstöd till olika social- och hälsovårdsprojekt har man åtminstone delvis återgått till riktad och kostnadsbaserad finansiering.

Den första artikeln granskar tjänsterna för småbarnsfamiljer, från barnomsorg till skolhälsovård. Artikeln efterlyser bättre nätverk inom servicen och argumenterar för att det nu, långt efter nedskärningarna under nittiotalets kris, är dags att åter börja utveckla fostrings- och familjerådgivningsbyråerna, eftersom klientelen vuxit drastiskt sedan krisens dagar.

Den andra artikeln granskar tjänsternas utveckling inom äldreomsorgen under perioden 1990–2002. Efter nittiotalets kris har man inom öppenvården för äldre prioriterat framför allt stödtjänster och stöd till närståendevård. Hemvårdsstödet omfattning har emellertid krympt till nästan hälften från 1990, och serviceboende med heldygnsoomsorg har i växande utsträckning ersatt äldreomsorgshem och hälsocentralernas långvårdsavdelningar.

Den tredje artikeln visar att varken barnens eller de vuxnas mentala hälsa har försämrats i Finland trots att mentalvårdstjänsterna är allt mer efterfrågade och psykiska störningar allt oftare anges som grund för sjukledighet eller pensionering. Likväl motsvarar utbudet av mentalvårdstjänster fortfarande inte efterfrågan, utan det är ojämnt fördelat både regionalt och ekonomiskt samt mellan olika patientgrupper. Också mentalvårdens låga dragningskraft bland yrkespersonalen utgör ett problem, likaså dess administrativa och funktionella splittring och dess bristande resurser.

Den fjärde artikeln bedömer nuläget och de senaste årens utveckling inom missbrukarvården. Artikeln bygger främst på räkningen av antalet missbruksfall i oktober 2003 samt på statens olika alkohol- och narkotikapolitiska program. Alkoholkonsumtionen uppvisar en klar ökning, och enligt räkningen av antalet missbruksfall har också narkotikabruket blivit vanligare. Blandmissbruk är den vanligaste orsaken till att man uppsöker missbrukarvård: inemot 40 procent av klienterna använder minst två olika rusmedel. Ofta är missbruket förknippat med psykiska problem.

Den privata sektorns uppbyggnad och betydelse inom social- och hälsovården är ämnet för det femte artikeln. I dagens läge svarar den privata sektorn för i genomsnitt en femtedel av all service inom social- och hälsovården, men denna andel varierar stort mellan olika serviceformer, likaså mellan social- respektive hälsovården. Skribenterna konstaterar att trots att det inte förekommer privat serviceproduktion inom tillnärmelsevis alla serviceområden och trots att den privata servicen är regionalt ojämnt fördelad, så har den privata produktionen etablerats som en del av social- och hälsovårdens servicesystem.

Den sjätte artikeln behandlar hälsovårdssystemet med utgångspunkt i tillgången till tjänster och tjänsternas inriktning. Artikeln granskar den horisontella rättvisan, i synnerhet med avseende på regional och social jämlikhet. Likaså granskas hur serviceformerna för olika användargrupper har utvecklats i relation till varandra. De förändringar som nu pågår kan hota de mest sårbara patientgrupperna, t.ex. mentalvårdspatienterna. Problemen beror till största del på systemets inbyggda egenskaper.

Den sjunde artikeln analyserar det förebyggande arbetet och hälsofrämjandet som en del av folkhälsoarbetet. Artikeln bygger på en enkät till ledarna för hälsocentralerna och närmar sig problematiken uttryckligen med avseende på hur centralerna skall ledas. På basis av enkäten konstaterar man att flertalet av hälsocentralerna inte följer hälsotillståndets utveckling bland befolkningen. I artikeln görs en kritisk granskning av den nutida sjukvårdsbetonade verksamheten i förhållande till folkhälsolagens ursprungliga utgångspunkter.

Den åttonde artikeln behandlar den viktiga lagreform som gäller grunderna för vården och kriterierna för när vård skall ges. Reformen är en del av det nationella hälsovårdsprojektet. Hälsovården påförs nya förpliktande normer utan motsvarande direkta finansieringsincitament. I reformen ges det förebyggande arbetet emellertid en biroll inom hälsovårdspolitiken.

Den nionde artikeln ger en täckande överblick över hur klienternas ställning inom social- och hälsovården har förändrats. I artikeln ställs kommunernas lagstadgade serviceskyldighet mot klientens/patientens rättigheter. Artikeln behandlar också skyddet av klienternas privatliv i ljuset av datateknikens växande möjligheter inom social- och hälsovården.

Den tionde artikeln dryftar behovet av och framtidsutsikterna för statlig styrning inom social- och hälsovården. Artikeln gör en kort exposé över statsstyrningens historia, dryftar skillnaderna i servicenivå mellan olika kommuner och skisserar grunderna för en styrningsfilosofi som lämpar sig för 2000-talet.



## REFINING THE SOCIAL DIMENSION IN AN ENLARGED EU

Elina Palola, Annikki Savio (Eds.)

Stakes, 2005

There are at least three interrelated processes, either ongoing or upcoming, that are extremely important from the point of view of European social development. These are the mid-term evaluation of the Lisbon strategy, preparations to be made for an even more tightly integrated socio-economic strategy for Europe, and testing the European social model in the new Member States. The far-reaching objective of a fully streamlined process where the social protection pillar is to be synchronised into the two other main pillars – the economic and employment – will be launched in spring 2006. This process is aimed at strengthening Europe as a powerful, global economic actor and it remains to be seen what it may mean for social policy and social development of the continent.

Whatever the social future will be, there is much evidence on positive social developments in the “old” EU15 region. The European Union has experienced declining poverty rates since the mid-1990s. Further, in contrast for example to the US, the inequality of income distribution has slightly declined in this region as a whole over the last decade. Developments in the emerging market economies of the new EU members have been more painful however. If we take into account even the new acceding countries, we can see that while these economies have registered a significant economic recovery over the past five to ten years, challenges are considerable. In social terms, most countries with economies in transition are confronted with unemployment problems, related migration movements and the disfunctioning of social protection systems. Thus the key social issues to be tackled include social reforms, pension reforms, high unemployment, the lack of housing and growing disparities. These are some major challenges for the emerging “new” European social model.

When it comes to the European social model there are strong arguments in support of the view that greater equity and higher levels of social protection may have a beneficial effect on efficiency, productivity and national competitiveness and hence on economic growth. Policies targeting greater social cohesion should thus be regarded not only as social policies in the narrow sense but, if properly designed, as increasing growth, competitiveness and public welfare, both in the advanced and emerging market economies (Economic Commission for Europe [ECE] 2005).

Clear political awareness about the need to increase co-operation in social protection issues in the EU was reached under the first Finnish Presidency in the second half of 1999. Now, five years later we are making preparations for the second Finnish EU Presidency which takes place in autumn 2006. The conference reported in this publication can be seen both against the background of the above-mentioned social and political processes and as a step in building the base for the coming presidency. The substantial foci of the conference were the issues of exclusion policy, pension policy, the emerging new EU welfare agenda, and the possible impact of the new EU constitution on social policies. Special attention was given to the experiences of the new Member States – this time the three Baltic States, Poland and the Czech Republic – as they are facing the Social Europe.

The conference was organised jointly by the Ministry of Welfare and Health and STAKES, which is a statutory sectorial research institute subordinated to the ministry. The practical preparations were made by a special EUSO-network attached to STAKES. This network ties together several national public organisations that are interested and active in European Union social policy issues. As a chairperson of the EUSO-network, I owe special thanks to Elina Palola and Annikki Savio, both working for the Network. Without their contributions and the financial aid given by the Ministry of Welfare and Health, the conference would not have been organised.

## RUSMEDELSSTATISTISK ÅRSBOK 2004

### Alkohol och narkotika

#### Stakes, Statistisk årsbok för social- och hälsovården, 2004

Rusmedelsstatistisk årsbok 2004 är ett allmänt verk om rusmedel och ger en helhetsbild av alkohol- och narkotikasituationen samt av rusmedelssituationens utveckling i Finland. Därtill innehåller årsboken även uppgifter om alkohol och narkotikasituationen i andra länder. Rusmedelsstatistisk årsbok kommer ut för åttonde gången. För alkoholstatistikens del är den en fortsättning på Årsboken över alkoholstatistik som Alko publicerat sedan år 1932, vilken gör det möjligt att följa med alkoholförhållandenas utveckling i form av långa jämförbara tidsserier delvis alltsedan 1930-talet. År 1995 utvidgades årsbokens innehåll till att även omfatta droger och mediciner som intagits i avsikt att bli berusad. Årsboken utgör en central databas för alkoholpolitiskt beslutsfattande och för utvärdering av alkoholförhållanden liksom även för uppföljning av drogsituationens utveckling och för en helhetskartläggning av drogsituationen i Finland.

Rusmedelsstatistisk Årsbok görs i samarbete med enheten för StakesInformation vid Stakes och Produkttillsynscentralen för social- och hälsovård (STTV). Ansvariga redaktörer för årsboken är utvecklingschef Ritva Hein och planerare Sirpa Virtanen (Stakes) och data-administration-schef Lennart Wahlfors (STTV). Publikationen har utarbetats av specialplanerare Merja Hietala (STTV) och specialplanerare Ari Virtanen, planerare Airi Partanen, specialforskare Esa Österberg (Stakes).

## KVALITET OCH PRODUKTIONSEFFEKTIVITET? EN EKONOMISK STUDIE OM INSTITUTIONSVÅRD FÖR ÄLDRE

### Stakes, Undersökningar 151, 2005

#### Sammandrag

I studien analyseras kopplingen mellan produktionseffektivitet och vårdkvalitet inom långvarig institutionsvård för äldre. Produktionseffektivitet är i denna studie ett begrepp som hänger samman med produktiviteten, dvs. förhållandet mellan insatsen och utbytet. Det betyder enhetens produktivitet i förhållande till den bästa möjliga produktiviteten. I studien analyseras först den särskilda karaktären hos långvarig institutionsvård för äldre när man utgår från bildning av begrepp för och mätning av produktionseffektivitet och kvalitet. Efter detta bedöms hur väl ålderdomshemmens och hälsocentralsjukhusens avdelningar lyckas optimera sina befintliga resurser för produktion av vårddagar. Dessutom bedömer man hur produktionseffektiviteten och vårdkvaliteten är kopplade till varandra och hur signifikant bytesrelationen (trade-off) mellan dem är. Slutligen analyseras vilka faktorer på avdelnings- och individnivå som förklarar den vårdtid som ägnats långvårdsklienten.

Studien genomfördes vid Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes) som en del av projektet att ta i bruk informationssystemet RAI (Resident Assessment Instrument) och utveckla ett system för jämförelse (benchmarking) inom långvården. I studien utnyttjades data som erhållits i projektet. Genom dem kan man också bifoga faktorer som avspeglar resultatets egenskaper och verksamhetskvaliteten till den traditionella mätningen av

produktionseffektivitet. Studien bygger på data på individ- och avdelningsnivå från främst 2001 och 2002.

Produktiviteten inom långvarig institutionsvård för äldre har minskat cirka sju procent från 2000 till 2003. Med andra ord har förhållandet mellan de resurser som satsats på service och antalet producerade vård dagar försvagats. Avdelningarnas genomsnittliga produktionsineffektivitet var cirka 20 procent. Det betyder att avdelningarna använde i snitt en femtedel mer personal- och kapitalresurser för att producera vård dagar standardiserade enligt klientstrukturen än de produktionsmässigt mest effektiva enheterna. Även vårdkvaliteten när det gäller kraftresurser, processer och resultat varierade avsevärt mellan olika avdelningar. Dessutom var fördelningen av personal på avdelningarna delvis oändamålsenlig.

Man kunde påvisa att det fanns en bytesrelation mellan produktionseffektiviteten och vårdkvaliteten. Särskilt sådana kvalitetsindikatorer som beskriver passiverande och icke rehabiliterande vårdarbete eller resultat av vårdarbete och vårdpraxis av denna typ hängde samman med hög produktionseffektivitet på avdelningen. Utöver detta hängde även tilldelning av små personal- och kapitalresurser samman med hög produktionseffektivitet. Enligt studieresultaten var emellertid kopplingen mellan låg vårdkvalitet och hög produktionseffektivitet inte särskilt stark. Små ändringar i vårdkvaliteten påverkar inte nödvändigtvis produktionseffektiviteten i någon större utsträckning, liksom inte heller små förändringar i produktionseffektiviteten påverkar kvaliteten i någon större utsträckning. Kopplingen mellan kvalitet och produktionseffektivitet är av större betydelse först när dessa förändras mycket. Enheter som avviker från andra när det gäller vårdkvalitet eller produktionseffektivitet bör dock särskilt uppmärksammas.

Verksamheten i enheter som producerar institutionsvård bör enligt studien bedömas ur flera olika perspektiv och genom flera olika instrument. Inom institutionsvården finns utvecklingspotential både när det gäller produktionseffektivitet, användning av arbetskraft och vårdkvalitet. Väsentligt är hurdan kopplingen mellan resurser, produktionsvolymen och kvaliteten inom beslutsfattandet är. Detta kan inte undersökas empiriskt utan ändamålsenliga uppföljningssystem och instrument. Även om det på grund av verksamhetens särskilda karaktär inte finns särskilt stora möjligheter till att förbättra produktiviteten inom institutionsvård för äldre, kan enskilda enheter förbättra sin produktionseffektivitet genom att använda sina resurser på ett mer lyckat sätt än tidigare. I samband med detta bör man dock säkerställa att vårdkvaliteten inte signifikant försämras.

Genom studien fås olika tillvägagångssätt för bedömning av både serviceproducenternas verksamhet och olika typer av omvårdnadstjänster. Man kan också dra nytta av studieresultaten när olika risker och möjligheter i anslutning till förbättring av omvårdnadstjänsternas produktivitet bedöms.

## MODELLING MARKOVIAN PROCESSES IN A DISCRETE TIME AND SPACE WITH ERROR

Stakes, Undersökningar 145, 2004

### Sammandrag

Då man studerar fattigdomens dynamik i välfärdsstater stöter man på en paradoxal fattigdomsbild. Fattigdomsperioderna är i allmänhet mycket korta, men samtidigt är fattigdomen påfallande seg hos en del av befolkningen. Den här undersökningen försökte hitta en förklaring till detta motsägelsefulla resultat. Förklaringen hittades i och med att panelmaterial från tio EU-länder kunde modelleras med den så kallade Mover-Stayer-modellen, som tillåter mättningsfel. Modellen identifierade en grupp (movers) som drabbas av återkommande fattigdom. I kombination

med den övervärdering av dynamiken som orsakas av mättningsfel förklarar denna grupp varför fattigdomen tycks vara dels ett tillfälligt, dels ett beständigt fenomen.

Fattigdomen mättes med tre olika indikatorer: relativ inkomst, en deprivationsmätare som mäter bristerna i boendet samt den subjektiva uppfattningen om hushållets ekonomiska situation. I undersökningen användes material från EU:s hushållsenkät, European Community Household Panel (ECHP), i fyra upprepade mätningar. Redan den deskriptiva analysen visade att befolkningen är heterogen vad gäller fattigdomsdynamiken och att dynamiken är likadan med alla mätare, dvs. den direkta, den indirekta och den subjektiva fattigdomen. Den latent Mover-Stayder-modellen bekräftade det första preliminära resultatet i och med att den identifierade tre klara grupper bland befolkningen: de som aldrig upplevt fattigdom, de som i återkommande perioder upplever fattigdom och de som är permanent fattiga. Dessa gruppers relativa storlekar varierar dels mellan olika länder, dels beroende på fattigdomsmätare. De tre grupperna kan emellertid identifieras i alla länder och med alla tre mätare. Det andra preliminära resultatet bekräftades i och med att övergångssannolikheterna i tabellerna över fattigdomsdynamik kunde modelleras med hjälp av Latent Constant Fluidity-modellen. Fattigdomsdynamiken visade sig följa samma mönster oavsett om man mäter med den direkta, den indirekta eller den subjektiva mätaren. Särskilt tydlig var likformigheten då effekten av godtyckliga mättningsfel hade korrigerats, eftersom mättningsfelets storlek varierar mellan olika länder och olika mätare.

Tre konklusioner kan dras av undersökningens resultat. För det första är mobiliteten stark på bägge sidor om fattigdomsgränsen, men de korta fattigdomsperioderna tycks koncentreras till samma grupp som i återkommande perioder drabbas av fattigdom. För det andra övervärderas fattigdomsdynamiken med 25–50 procent ifall effekten av mättningsfelet i panelen inte kontrolleras. För det tredje är fattigdomsdynamiken beträffande såväl volym som övergångssannolikhet överraskande likadan i olika länder och mätt med olika mätare. Detta trots att skillnaderna i fattigdomsgrad är stora mellan olika länder och trots att olika mätmetoder ger mycket varierande fattigdomsgrader. Undersökningen analyserade fattigdomsdynamiken med tre fattigdomsmätare, men det är sannolikt att också andra fattigdoms- och deprivationsmätare ger liknande resultat om de används i longitudinella studier.

## KVALITET OCH PRODUKTIVITET INOM DE INSTITUTIONELLA BOENDEFORMERNA FÖR ÄLDRE – BENCHMARKING MED RAI

Stakes, 2005

### Sammandrag

På Stakes och Chydenius-institutets initiativ inleddes ett projekt år 2000 för att ta i bruk informationssystemet RAI (Resident Assessment Instrument) och utveckla ett system för jämförelse (benchmarking) inom långvården i samarbete med privata och offentliga servicehus, äldreboenden och hälsovårdscentralernas vårdavdelningar. Folkhälsan, Helsingfors Diakonissanstalt, Äldreinstitutet och Centralförbundet för de gamlas väl medverkade också i egenskap av deltagare och/eller stödorganisationer.

Projektets mål var 1) att ta i bruk RAI som ett IT-baserat system för individuell bedömning, vårdplanering och uppföljning av vården, 2) att utveckla kvaliteten och göra vården mera effektiv genom jämförelse av verksamheter på avdelnings- och institutionsnivå och 3) att utveckla för deltagarna Internetbaserade databaser för jämförelse samt utarbeta skriftliga benchmarkingrapporter.

RAI-systemets tillförlitlighet, validitet och användbarhet grundar sig på internationella och nationella forskningsrön. Systemet har utvecklats för individuell vårdplanering, utvärdering och förbättring av vårdkvaliteten och för användning i ersättningssystem. Utvecklare av RAI är den

icke-vinstdrivande organisationen interRAI, som även har copyright på systemet. I Finland har Oy Raisoft Ltd svarat för utvecklingen och upprätthållandet av dataprogrammen.

Projektet inleddes år 2000 i tre kommuner på 94 avdelningar och berörde 2 276 vårdplatser. Det har utvidgats årligen och omfattade år 2004 totalt 7 032 vårdplatser på 282 avdelningar i 26 kommuner. Detta motsvarar en femtedel av klienterna inom hälsovårdscentralernas och ålderdomshemmens långvård. För att smidigt kunna utnyttja RAI i vårdarbetet och påskynda datainsamlingen har programvaran utvecklats under projektets lopp av Oy Raisoft Ltd.

Chydenius-institutet har under projektet skapat ABC-utbildningsmodellen och gett anställda RAI-användarutbildning (under pilotskedet med Stakes hjälp). Stakes har under fem år anordnat sammanlagt 25 möten och gett ut pilotårets resultat som webbpublikationer och i serien Aiheita. Dessutom har Stakes utarbetat projektets användarhandbok och anordnat jämförelsedatabasutbildning. Två gånger per år har man utarbetat responsrapporter och uppdaterat jämförelsedatabaserna. Benchmarkingprojektets koncept och en del resultat har presenterats vid vetenskapliga möten och gästföreläsningar i olika delar av världen.

Resultaten presenteras med utgångspunkt i mätningar som sammanställts halvårsvis efter institutionstyp från en fem års period. För servicehusens del är resultaten endast riktgivande. De som bor på hälsovårdscentralernas avdelningar hade sämre fysisk och kognitiv funktionsförmåga än de som bor på åldringshem. Dessutom krävde de mer tid och personalresurser (större kostnader). De upprepade mätningarna visade att vården av klienterna blev mer krävande med tiden, eftersom den sociala och psykiska funktionsförmågan hade försvagats.

Vårdkvaliteten bedömdes med hjälp av kliniska kvalitetsindikatorer (41 st.), som visar förekomsten och uppkomsten av eventuella kvalitetsproblem i processer och/eller vårdresultat. Av de upprepade mätningarna framgick att de gränsvärden som slagits fast för god vårdkvalitet i Förenta staterna nåddes för 12–15 indikatorers del antingen på hälsovårdscentralerna eller på åldringshemmen. Skillnaden mellan åldringshemmen och avdelningarna på hälsovårdscentraler var för de flesta indikatorernas del tydlig, men ingendera av institutionstyperna var tydligt bättre än den andra. Kvalitetsindikatorernas genomsnittsvärden förändrades endast lite under tidens gång. Tecken på en förändring till det sämre kunde skönjas i fråga om sex indikatorer och till det bättre i fråga om åtta indikatorer. Den mest betydelsefulla kvalitetsförbättringen skedde inom den regelbundna användningen av sömnmedel och rehabiliterande åtgärder, medan den mest betydelsefulla försämringen syntes i form av en ökning av andelen sängliggande och inkontinenta klienter.

De offentliga åldringshemmen hade en lite högre kalkylmässig personaldimensionering (0,63 mot 0,59) än de privata, medan avdelningarna på hälsovårdscentralerna hade en högre dimensionering (0,70) än åldringshemmen. På vardagar var den faktiska personalstyrkan under arbetspassen i snitt 0,43 och på veckoslut 0,35. Det sistnämnda talet visade tecken på ökning. Både den kalkylmässiga och den faktiska personaldimensioneringen låg ändå tydligt under det gränsvärde som föreslagits för god personaldimensionering (0,8) i den *nationella kvalitetsrekommendationen om vård och tjänster för äldre*. Den genomsnittliga sammanlagda vårdtiden per boende var 110 minuter per dygn, vilket betyder en ökning på cirka 20 procent från 1995. Varannan boende fick besök. Besökarna minskade personalens arbetsbörda med ungefär en halv timme per boende varje vecka. Genomsnittspriset på en vård dag inom långvården steg från 98 euro till 110 euro och kostnadseffektiviteten minskade under uppföljningen. Skillnaderna i kostnadseffektiviteten var stora mellan avdelningarna.

I en artikel om produktifiering och prissättning av vården beskrivs betalningssystem, som bygger på RAI-systemet, inom den långvariga institutionsvården på olika håll i världen. I det fjärde kapitlet presenteras några kliniska exempel ur praktiska livet. Man berättar hur några av deltagarna har tillämpat RAI-systemet vid planeringen av vården, hur uppgifterna i jämförelsedatabasen har varit till hjälp vid upptäckandet av kvalitetsproblem, vilka åtgärder som vidtagits och hurdana resultat som nåtts.

## PRIVAT SERVICEPRODUKTION INOM SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN

Stakes, Rapporter 288, 2005

### Sammandrag

Privata företag och organisationer har under de senaste tio åren producerat allt fler social- och hälsovårdstjänster. Samtidigt har också behovet av tillförlitlig och uppdaterad information om dessa tjänster vuxit. Stakes publicerade våren 2003 rapporten *Privat serviceproduktion inom social- och hälsovården*. Rapporten var ett samarbetsprojekt mellan de viktigaste registerförarna och användargrupperna samt företrädarna för serviceproducenterna.

Rapporten var från första början avsedd som en basrapport som upprepas med jämna mellanrum. Förutom att uppgifterna i denna andra rapport uppdaterats innehåller den också ny information om bl.a. kostnader och finansiering, regionala skillnader, företagens och organisationernas särdrag samt om utvecklingen inom den privata sektorn.

Bäst kan den privata sektorns andel inom hela social- och hälsovårdssektorn bedömas utifrån personalstorleken och kostnaderna. Bägge har sina specifika osäkerhetsfaktorer, och för att eliminera dem så gott det går används båda uppgifterna i denna rapport. På basis av totalkostnaderna för serviceproduktionen var de privata serviceproducenternas andel år 2002 närmare 23 procent, medan andelen är 20 procent då den räknades enligt personalmängden. Inom socialvårdstjänsterna var den privata produktionens andel i bägge fallen omkring 24 procent. Inom hälsovårdstjänsterna var den privata sektorns andel 22 procent av kostnaderna och 17 procent av personalen. Räknade enligt kostnaderna var organisationernas andel av socialvårdstjänsterna 17,1 procent och företagens 6,7 procent. Samma andelar räknade enligt personalstorleken var 18,1 resp. 5,9 procent. Inom hälsovårdstjänsterna var organisationernas andel av kostnaderna 4,9 procent och företagens 17,5 procent; de motsvarande personalandelarna var 5,0 resp. 11,8 procent.

De regionala skillnaderna i den privata sektorns andel kan undersökas endast med personalstorleken som utgångspunkt. Inom socialvårdstjänsterna var den privata serviceproduktionens andel klart störst i Nyland, där inemot 30 procent av socialvårdens sammanlagda arbetskraft i slutet av år 2002 var anställd inom organisationer eller företag. De minsta andelarna uppvisade Åland, Mellersta Österbotten och Österbotten, där mindre än 16 procent av socialvårdspersonalen arbetade på den privata sidan. Organisationernas andel av arbetskraften var klart störst i Nyland och Kymmenedalen. Företagens andel var störst i Kajanaland, Södra Karelen, Norra Savolax och Norra Karelen.

Också inom hälsovårdstjänsterna är den privata serviceproduktionens andel klart störst i Nyland, där 23,4 procent av hälsovårdens arbetskraft i slutet av år 2002 var anställd inom organisationer eller företag. Organisationernas andel var klart störst i Päijänne-Tavastland och Södra Savolax. Företagens andel var störst i Nyland, Östra Nyland och Egentliga Finland.

Också då man vill studera hur den privata sektorns andel har utvecklats måste man utgå från personalstorleken. År 1990 arbetade 12,1 procent av socialvårdens personal inom den privata sektorn. Fem år senare hade denna andel vuxit med bara omkring en procentenhet till 13,4 procent, men växte sedan under senare hälften av 1990-talet och var år 2000 redan knappt 21 procent. Företagens andel fortsatte att växa också under perioden 2000–2002.

Av hälsovårdens personal arbetade år 1990 14,2 procent, år 1995 14,8 procent och år 2000 16,8 procent inom den privata sektorn. Mellan åren 2000 och 2002 förblev den privata sektorns andel av hälsovårdstjänsterna oförändrad.



På socialvårdstjänsternas sida var organisationernas andel såväl 1990 som 1995 knappt 12 procent. Därefter har deras andel vuxit så att den vid millennieskiftet var 16 procent och år 2002 redan över 18 procent. Företagens andel av socialvårdstjänsterna var år 1990 en halv procent och ännu år 1995 bara något större, 1,6 procent. År 2000 hade den däremot redan stigit till 4,5 procent. Denna tillväxt fortsatte, och år 2002 var företagens andel av socialvårdstjänsterna 5,9 procent.

På hälsovårdssidan har organisationernas andel av servicen förblivit oförändrad under hela perioden 1990–2002, cirka fem procent. Företagens andel åren 1990 och 1995 var något över nio procent, men växte sedan under senare hälften av 1990-talet så att den år 2000, liksom också år 2002, låg på knappt 12 procent.

Antalet företag och organisationer som erbjuder socialvårdstjänster ökade klart under 1990-talet. Verksamhetsenheterna fyrdubblades: från ca 750 år 1990 till över 3 000 år 2002. Något över hälften av dessa drivs av organisationer.

Mätt med antalet verksamhetsenheter var den vanligaste formen av socialvårdstjänster inom den privata sektorn servicehus och gruppem. En tredjedel av enheterna – 1 168 enheter – erbjöd huvudsakligen just dessa tjänster år 2002. Den näst vanligaste serviceformen – som omkring 690 enheter tillhandahöll – var barndagvård. Tredje vanligast var hemservice, som inemot 360 producenter erbjöd. Dessutom producerar de privata serviceproducenterna bl.a. barn- och ungdomstjänster, missbrukartjänster samt institutionsvård för äldre och handikappade.

Under de senaste åren har framför allt boendetjänster, hemtjänster, institutions- och familjevård för barn och unga, dagverksamhet samt barndagvård varit växande områden inom den privata sektorn. Organisationerna har satsat mest på boendetjänster, dagverksamhet och hemservice. För företagen har de fyra allmännaste områdena varit boendetjänster, hemservice, institutions- och familjevård för barn och unga samt barndagvård.

År 2002 fanns det närmare 3 000 privata serviceproducenter och omkring 8 100 självständiga näringsidkare inom hälsovården. De egentliga serviceproducenternas antal fluktuerade under 1990-talet, men har under de senaste åren stigit med i genomsnitt 120 per år.

Inom hälsovården är fysioterapi den allmännaste privata serviceformen. År 2002 fanns det över 1 400 producenter som erbjöd fysioterapi. Den näst allmännaste branschen var läkarmottagningar (1 030 producenter). Efter fysioterapi och läkarmottagning följer företagshälsovård och laboratorieverksamhet. Relativt sett har producenterna ökat mest inom företagshälsovården under de senaste åren.

Inom de privata socialvårdstjänsterna arbetade i slutet av 2002 37 700 och inom de privata hälsovårdstjänsterna 27 000 personer. Hela den privata social- och hälsovårdsservicens kostnader 2002 uppgick till 2,94 miljarder euro. Socialvårdstjänsternas andel av beloppet var 1,2 miljarder euro, varav företagen svarade för 0,34 och organisationerna för 0,86 miljarder euro. Kostnaderna för de privata hälsovårdstjänsterna var ca 1,74 miljarder euro, varav företagens andel var 1,36 och organisationernas 0,38 miljarder euro.

De regionala skillnaderna i utbudet av privat service mäts bäst med personalmängden per capita. Då visar det sig att det relativt sett fanns mest privata socialvårdstjänster i Nyland, Södra Savolax och Kymmenedalen år 2002. Minst var utbudet på Åland och i Mellersta Österbotten. Räknat på samma sätt erbjöd organisationerna mest tjänster per capita i Nyland och Kymmenedalen och minst på Åland, i Södra Österbotten, Mellersta Österbotten, Satakunta och Egentliga Tavastland. På företagssidan var utbudet av socialvårdstjänster relativt jämnt fördelat över hela landet, med undantag av Åland. Mest personal per capita hade företagen i Kajanaland.

Också inom hälsovårdstjänsterna förekommer det regionala skillnader. Överlägset mest privat hälsovårdspersonal per capita fanns det i Nyland. Därefter följer Egentliga Finland, Birkaland, Päijänne-Tavastland, Norra Österbotten och Norra Savolax.

De privata producenterna av social- och hälsovårdstjänster har både offentliga kunder (t.ex. kommuner, samkommuner, Folkpensionsanstalten och statskontoret) och privata kunder (t.ex.

privatpersoner och arbetsgivare). Skillnaderna mellan klientelen inom den privata socialvården å ena sidan och den privata hälsovården å andra sidan är mycket stor. Den största kundgruppen inom de privata socialvårdstjänsterna är kommunerna, som köper merparten av den socialvårdsservice som både företagen och organisationerna producerar. Privatpersoner och arbetsgivare köper förhållandevis lite socialvårdstjänster; snarast handlar det om barndagvård och hemservice. Inom de privata hälsovårdstjänsterna är däremot privatpersoner, arbetsgivare och Folkpensionsanstalten de största kunderna. Också statskontoret, pensionsanstalterna och försäkringsbolagen köper hälsovårdstjänster av privata producenter. Likaså köper kommuner och samkommuner privata hälsovårdstjänster, men avsevärt mindre jämfört med de socialvårdstjänster de köper.

Köp av privata social- och hälsovårdstjänster ersätts med offentliga medel. Den viktigaste och äldsta stödformen är Folkpensionsanstaltens sjukförsäkring, som ersätter en del av kundernas kostnader för privata hälsovårdstjänster. Nyare stödformer för dem som köper privata tjänster är Folkpensionsanstaltens stöd för privat dagvård samt hushållsavdraget i beskattningen.

Dessutom kan privata producenter av social- och hälsovårdsservice erhålla olika stöd och bidrag för sin verksamhet, sina investeringar och sin forskning och utveckling. Den viktigaste av dessa stödformer är Penningautomatföreningens bidrag till social- och hälsovårdsorganisationer. Också kommunerna beviljar i viss utsträckning privata serviceproducenter bidrag. Dessutom kan t.ex. handels- och industriministeriet och jord- och skogsbruksministeriet via TE-centralerna betala investerings- samt forsknings- och utvecklingsbidrag till företag som producerar social- och hälsovårdstjänster.



# Sammandrag av några böcker som utgivits 2004–2005 från social- och hälsovårdsministeriet

## BARNRÅDGIVNINGEN SOM STÖD FÖR BARNFAMILJER Handböcker 2005:12

### Sammandrag

Den nya barnrådgivningshandboken presenterar riktlinjerna för utvecklingen av rådgivningsverksamheten såsom en del av kommunens basservice. Riktlinjerna gäller bland annat utveckling av barnrådgivningens innehåll och metoder samt organisering och ledning av verksamheten. Det första avsnittet i handboken har utgivits som en separat publikation riktad till beslutsfattarna i kommunerna.

I syfte att stödja familjer och föräldraskap samt främja barnens välbefinnande föreslås ett familje- och resursbaserat arbetsgrepp, en omfattande kamratstödsverksamhet samt en fokusering på vårdande av parrelationer. Rådgivningsverksamheten bygger alltså på periodisk uppföljning och olika former av screening samt familjerådgivning och -stöd i anslutning till dessa. Det är även skäl att bygga upp beredskap för särskilda situationer som berör barn eller familjer. För familjer som är i behov av särskilt stöd rekommenderas ofta extra besök, antingen på rådgivningsbyrå eller i form av hembesök. På så sätt kan man genomföra principen om tidigt ingripande, som är en av de bärande idéerna i handboken.

I en tid när rådgivningsverksamheten kräver allt större kompetens förutsätter förebyggande och hantering av barn- och familjeproblem allt oftare ett planmässigt multiprofessionellt samarbete och överenskommelser om vårdrutiner. För att trygga samarbetet föreslås ett nätverk inom familjetjänsterna och en integrering av samarbetet med kommunens barnpolitiska program. För att effektivisera styrningen och uppföljningen av tjänsterna för barnfamiljer rekommenderas en övergripande planerings- och uppföljningsgrupp som avlägger rapporter för de politiska beslutsfattarna inom kommunen. En arbetsgrupp för barnrådgivning inklusive de specialarbetstagare som ingår i gruppen arrangerar fortsatta undersökningar av barn och tidig rehabilitering på kommunnivå.

För utförandet av det arbete som beskrivs i handboken behövs ett i relation till befolkningen och dess särdrag tillräckligt antal hälsovårdare (högst 340 barn under 7 år per hälsovårdare när det inte finns någon vikarie) samt läkare som är motiverade att satsa på rådgivningsverksamhet, som har fått utbildning för verksamheten och är beredda att bära ansvar för den (högst 2 400 barn per heltidsanställd läkare utan vikarie). Det föreslås att rådgivningsbyråerna satsar på utökad kompetens för familjearbete med tanke på hembesöken hos familjer som behöver särskilt stöd.

För att göra rådgivningsarbetet verkningsfullare krävs förutom ökade resurser och satsning på samarbete även ett effektiviserat ledarskap (bland annat genom utnämning av personer som ansvarar för ledarskapet). Det är skäl att främja kvalitetsutvärderingen, statistikföringen och ett lokalt utvecklingsarbete inom rådgivningsverksamheten. De nya författningarna och rekommendationerna om kompletterande utbildning lägger en grund för uppdatering och för ett fortlöpande upprätthållande av kompetensen hos personalen vid rådgivningsbyråerna. Huvudansvaret för verkställigheten av de förslag som ingår i handboken bärs av kommunerna. Vidare behövs ett brett upplagt regionalt samarbete mellan systemet för social- och hälsovårdstjänster, läroanstalter och organisationer. En del av förslagen förutsätter åtgärder på nationell nivå: exempelvis utveckling av statistikföring och informationssystem samt av forskningsarbete och verksamhet baserad på konkreta resultat.

Förslagen tillämpas i olika kommuner och områden utgående från lokala förhållanden och behov. De tilltagande sociala och mentala problemen innebär dock att det gäller att allvarligt överväga förebyggande åtgärder i ett tidigt skede och ingrepp redan innan problemen hunnit bli alltför stora. Metoder för att uppnå dessa ändamål finns redan. De förutsätter rätt rimliga eller rentav obetydliga tilläggsresurser i relation till problemen och de kostnader som dessa förorsakar. Det finns belägg för att man genom en effektivisering av den förebyggande verksamheten kan reducera kostnaderna för korrigerande verksamhet.

## BRÅDSKANDE SOCIALTJÄNSTER

Organisering av socialjour  
Handböcker 2005:8

### Referat

Som en del av utvecklingsprojektet för det sociala området inrättas en heltäckande socialjour för hela landet senast år 2007. Social- och hälsovårdsministeriet och länsstyrelserna uppföljer utvecklingen av socialjoursverksamheten. Denna handbok om organisering av socialjour är en kompakt översikt över de centrala element som skall beaktas vid organisering av socialjour.

Socialjour betyder att nödvändiga och brådskande socialtjänster anordnas utom den egentliga öppettiden av en verksamhetsenhet så att man dygnet runt kan bemöta akuta behov i olika nöd- och krissituationer.

Flera större orter har sedan länge haft socialjoursverksamhet och i glesbygden har man organiserat socialjour genom samarbete mellan kommuner. Även andra aktörer, såsom organisationer, har deltagit i organiseringen av socialjoursverksamhet.

Omständigheter angående kvaliteten på socialjour har sammanfattats under de följande rubrikerna:

- Akut behov bemöts.
- Socialjour är en del av socialtjänster.
- Beredskap till samarbete och konsultation är i ordning.
- Yrkeskunnighet motsvarar uppgifternas krav.
- Välorganiserat stöd i vardagliga krissituationer förbereder till bemötandet av storolyckor.
- Jourarbete är tryggt för de anställda.
- Uppföljning främjar utveckling av arbetet.

## VEM ANGÅR VÅLDET?

Kommunens handbok om förebyggande av våld i par- och närrelationer  
Handböcker 2005:7

### Sammandrag

Våld i par- och närrelationer kan vara fysiskt, psykiskt, andligt eller sexuellt; det kan rikta sig mot egendom eller ekonomiska realiteter eller yppa sig som hot om dylikt våld. Förövaren kan vara make eller maka, tidigare make eller maka, barn, annan familjemedlem, släkting eller bekant. Våld förekommer i alla socialgrupper och kulturer. Våld i par- och närrelationer uppfyller kännetecknen på brott, och det hör ofta under allmänt åtal.

Att förebygga och ingripa i våld i par- och närrelationer är en uppgift för envar. Även om ansvaret alltid tillkommer våldsförövaren kan våld i par- och närrelationer inte betraktas endast som ett problem på individuell nivå. För individen, familjen och samhället medför våldet hälsomässiga och sociala olägenheter samt ekonomiska förluster. Våld i par- och närrelationer är ett flerdimensionellt och vidsträckt problem. Det belastar kommunens servicesystem och blir på många sätt dyrt.

Ett samarbete i syfte att motarbeta våld måste koordineras och styras. De politiska beslutsfattarna och de ledande tjänstemännen måste engagera sig för arbetet. Detta arbete kräver tid, pengar och människor.

En central faktor i fråga om att realisera ett omfattande gemensamt ansvar är att öka medvetenheten och informationen om våld i par- och närrelationer. Genom utbildning kan man förbättra myndigheternas beredskap att konfronteras med och identifiera parterna i relationer där våld förekommer samt erbjuda dem ändamålsenlig hjälp. Att diskutera och synliggöra våldet är ett bra sätt att förebygga våldshandlingar. Våldsförebyggande bör därför ingå i samtliga förvaltningsgrenars och verksamhetsenheters målsättningar och arbetsrutiner. Även varje enskild medborgare bär ett ansvar för ett våldsfritt liv.

Det gäller att ingripa i våld. Med hjälp av exempelfall beskrivs principen om s.k. oundgängliga aktörer för att bryta och motarbeta våldsspiraler.

Forssa ekonomiska region, Borgå stad och Vichtis kommun har agerat som försökskommuner i ett av social- och hälsovårdsministeriet finansierat projekt i syfte att ta fram verksamhetsmodeller och -program lämpade för våldsförebyggande arbete på lokal nivå.

De projekt som genomförts i försökskommunerna beskrivs i huvuddrag. Därutöver presenteras erfarenheter av arbetet för att förebygga våld i par- och närrelationer och uppnådda resultat.

## ENHETLIGA GRUNDER FÖR ICKE-BRÅDSKANDE VÅRD

### Handböcker 2005:6

#### Sammandrag

Ändringarna i folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård, patientlagen och klientavgiftslagen angående de längsta tiderna för erhållande av vård trädde i kraft den 1 mars 2005 (lagar 855–858/2004, förordning 1019/2004, RP 77/2004 rd). Enligt 10 § 1 mom. i den reviderade lagen om specialiserad sjukvård skall samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt inom sitt område ansvara för att sådan specialiserad sjukvård som anges i denna lag ordnas på enhetliga medicinska och odontologiska grunder.

Vårdpraxisen har varierat stort i olika delar av landet och beslut angående icke-brådskande vård har fattats på olika grunder. Målet med lagändringarna är att trygga människornas tillgång till icke-brådskande vård på lika grunder oberoende av boningsort.

Som en del av det nationella projektet för tryggande av hälso- och sjukvården startades i februari 2004 utarbetande av enhetliga grunder för vård som inte är brådskande. För projektet tillsattes en ledningsgrupp (SHM006:00/2004, 26.2.2004) där det finns representanter från bl.a. social- och hälsovårdsministeriet, rättskyddscentralen för hälsovården, Stakes, Finlands kommunförbund, sjukvårdsdistrikten, hälsovårdscentraler och organisationer. Under projektets gång har man samrått med fackorganisationer inom hälso- och sjukvården, specialistföreningar, kommuner, myndigheter och patientföreningar.

Det egentliga utarbetandet av grunderna för vård fördelades till specialomsorgsdistrikten enligt specialområden (SHM006:00/2004, 21.4.2004). Inom specialom-sorgsdistrikten har arbetet förts i samarbete med sakkunniga inom primärvården, vårdarbetet och medicinen så att man i mån av möjlighet har samrått organisationer, folkpensionsanstalten och kommuner. Grunderna för vård har reviderats på basis av utlåtanden och de åsikter som fördes fram i diskussionsmöten.

Grunderna för vård har gjorts upp för vård och undersökning av 193 sjukdomar. Målet är att utarbeta grunder för ungefär 80 % av den vård som inte är brådskande. Det är inte fråga om ett arbete som blir färdigt på en gång utan grunderna för vård revideras och vidareutvecklas på basis av erfarenheterna. Sjukvårdsdistrikten och hälsovårdscentralerna utvärderar och följer upp hur rekommendationerna fungerar. I varje anvisning anges namn och kontaktuppgifter på medlemmarna i den relevanta arbetsgruppen samt på den ansvariga personen i arbetsgruppen. Eventuella rättelse- och ändringsförslag skall tillställas arbetsgruppernas ansvariga personer och sekreteraren för ledningsgruppen för projektet Martta Palmunen (martta.palmunen@stm.fi).

Grunderna revideras och utvecklas kontinuerligt. De senaste grunderna finns på adresserna [www.stm.fi](http://www.stm.fi) och [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi). Via Internet är rekommendationerna också tillgängliga för allmänheten.

Läkare skall i sitt vårdbeslut beakta dessa rekommendationer. Läkare skall även beakta patientens individuella levnadsförhållanden och vårdbehov. Läkare skall tillsammans med patienten bestämma om vården. Patienten har inte rätt till att få vilken som helst vård han eller hon önskar. Enskilda läkare eller tandläkare kan, om motiverat, avvika från rekommendationerna.

Ledningsgruppen för projektet önskar tacka alla de hundratals yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som har deltagit i detta arbete.

## SERVICESEDELN

### Användarinstruktioner för hemservice

#### Handböcker 2005:2swe

#### Referat

Lagändringarna gällande servicesedeln trädde i kraft i början av 2004. Med servicesedeln förbinder kommunen sig att, upp till det värde som fastställts för sedeln enligt kommunens beslut, betala de tjänster som serviceanvändaren köper av en privat serviceproducent som kommunen godkännt. Avsikten med handboken är att stödja ibruktagandet av servicesedeln genom att ge kommuner, serviceproducenter och serviceanvändare information om hur servicesedeln skall användas.

Lagstiftningen möjliggör att servicesedeln kan användas på olika villkor för anordningen av alla social- och hälsovårdstjänster. I denna handbok betraktas servicesedeln särskilt som ett medel att anordna hemservicen i kommunen. Ibruktagandet av servicesedeln baserar sig på kommunens strategiska beslut och förutsätter noggrann planering och uppföljning. Servicesedeln är en del av hela den kommunala serviceproduktionen samt utvecklingen av denna produktion.

Kommunen beslutar om ibruktagandet av servicesedeln i kommunen och sätter mål för användningen av servicesedeln. Kommunen bestämmer även vilka tjänster som anordnas med hjälp av servicesedeln och i vilken omfattning. Kommunen skall godkänna de producenter vilkas tjänster anskaffas med servicesedeln antingen genom att godkänna alla producenter som uppfyller kriterierna för godkännande eller genom anbudstävlan. Service som anordnas med hjälp av servicesedeln skall motsvara den nivå som krävs av motsvarande kommunala tjänster.

Kommunen uppskattar klientens servicebehov samt klientens förmåga att använda servicesedeln. Klienten väljer serviceproducenten bland de producenter som kommunen har godkännt.

Servicesedelns värde fastställs på olika sätt för olika tjänster. Serviceproducenten fakturerar kommunen för det belopp som servicesedeln är värd och klienten betalar som en självriskandel skillnaden mellan servicesedelns värde och tjänstens pris till serviceproducenten.

Kommunen kan godkänna som serviceproducent producenter som ingår i länsstyrelsens register på basis av lagen om tillsyn över privat socialservice och andra producenter. De tjänster producenter som inte ingår registret säljer inte är momsfri socialvård.

## KVALITETSREKOMMENDATION FÖR SKOLHÄLSOVÅRDEN

### Handböcker 2004:9

#### Sammandrag

I mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården 2000-2003 ingick uppgörande av kvalitetsrekommendationer för fem olika verksamhetsformer, varav skolhälsovården var en. Kvalitetsrekommendationen för skolhälsovården grundar sig på handboken Skolhälsovården 2002 (Stakes, Handböcker 51). I kvalitetsrekommendationen har samlats de mest centrala målsättningarna i nämnda handbok.

Utgående från handboken om skolhälsovård och på uppdrag av social- och hälsovårdsministeriet utarbetade Stakes år 2003 ett utkast till kvalitetsrekommendationer för skolhälsovården. Under arbetets gång arrangerade Stakes länsvis brett upplagda, öppna diskussionsmöten (s.k. hearings), där olika aktörer hade möjlighet att framföra sina synpunkter. På basis av detta grundläggande arbete har rekommendationen färdigställts vid social- och hälsovårdsministeriet.

Kvalitetsrekommendationen för skolhälsovården omfattar åtta rekommendationer. De inriktar sig på tjänsternas tillgänglighet och planmässighet; skolhälsovården såsom en väsentlig del av elevvården; regelbunden information; en tillräcklig, kompetent och permanent personal; ändamålsenliga lokaliteter och redskap; hälsosamma och trygga skolsamfund och -miljöer; uppföljning av skolelevnas välbefinnande och hälsa samt stärkande av elevernas hälsokunskaper och främjande av hälsan. Med tanke på uppföljningen och utvärderingen av rekommendationerna ges exempel på uppföljningsmetoder vilka är avsedda att underlätta uppföljningen av rekommendationerna på kommunal nivå.

Kvalitetsrekommendationen har utarbetats ur fyra olika synvinklar: ur skolelevens och familjens, ur skolsamfundets, ur skolhälsovårdspersonalens och ur förvaltningens synvinklar. Eftersom beslutsfattarna, skolsamfundet och yrkesfolket har det operativa ansvaret, riktar sig rekommendationen i huvudsak till dessa aktörer.

Syftet med den nationella rekommendationen är att trygga verksamhetsförutsättningarna för en högklassig skolhälsovård och därigenom garantera likvärdiga skolhälsovårdstjänster över hela landet. Rekommendationen är avsedd som ett hjälpmedel vid uppgörandet av verksamhetsplaner för skolhälsovården på kommunal nivå. I dessa planer kan kommunernas egna särbehov bättre tas i betraktande. I kvalitetspublikationen ingår exempel på uppföljningsmetoder med hjälp av vilka verkställigheten av rekommendationen kan följas upp och utvärderas på kommunnivå.

## KVALITETSREKOMMENDATIONER OM HANDLEDD HÄLSOMOTION FÖR ÄLDRE PERSONER

Handböcker 2004:7

### Referat

Kvalitetsrekommendationerna om handledd hälsomotion för äldre personer baserar sig på de senaste forskningsresultatena och beprövad praxis och är avsedda att tillfredsställa de behov som uppstår i olika typer av handledningssituationer och beror på olika motionsformer. I rekommendationerna definieras en viss målnivå för kvaliteten på handledd hälsomotion. Det föreslås att tjänsterna i handledd hälsomotion för äldre personer bör vara användarinriktade, tillgängliga, individuella, flexibla och enhetliga, trygga, etiska och ha god värderingspraxis. Publikationen om kvalitetsrekommendationer är avsedd för alla som beslutar om, planerar, arrangerar eller handleder hälsomotion för äldre personer samt för alla som rekommenderar motionstjänster till sina klienter. Publikationen har ytterligare som syfte att uppmuntra klienter i motionsgrupper att kräva god kvalitet av hälsomotionsverksamheten.

Handledd hälsomotion för äldre personer borde ingå i kommunernas välfärdspolitik och äldrestrategi så att hälsomotion skall tas in som en välbefinnandefaktor i strategierna för hela kommunen och olika sektorer. Kommunerna borde också stödja hälsomotionsarrangörernas verksamhet genom att regelbundet utreda tillräckligheten och tillgängligheten av motionstjänster samt vem som för tillfället hamnar utanför tjänsterna.

Motionsarrangörerna borde samarbeta med varandra. Alla serviceproducenter inom kommunen borde ha representation i en samarbetsgrupp. Koordinering av verksamhet och ömsesidigt informationsbyte bland serviceproducenter möjliggör ett mångsidigt serviceutbud.

Handledare av hälsomotionsgrupper för äldre personer bör se till att de har tillräckligt med kunskap om handledning av motion för äldre personer och om hälsomotion. De bör också själv aktivt utveckla sina handledningskunskaper och sin kännedom av motionsinnehåll. Handledaren bör sträva efter att tillförsäkra fysisk och psykisk trygghet i motionssituationen. Handledaren bör ytterligare ta hänsyn till klienternas funktionsförmåga och olikheter i deras kunnande.

Klienterna borde ge feedback om motionstjänsterna till kommunen, servicearrangören och handledaren. Med hjälp av feedbacken kan man påverka utbudet, allokeringen och placeringen av tjänsterna.

## ALKOHOLPROGRAMMET 2004–2007

Utgångspunkter för samarbetet 2004

Publikationer 2004:18

### Sammandrag

Statsrådet definierade i sitt principbeslut 9.10.2003 om riktlinjerna för alkoholpolitiken de centrala målsättningarna och statsförvaltningens handlingslinjer för minskning av alkoholskador. Social- och hälsovårdsministeriet gavs i uppdrag att bereda och verkställa ett övergripande alkoholprogram för åren 2004–2007.

I principbeslutet uppställs tre delmål för förebyggande och minskning av alkoholskador: minskning av de skador alkoholen orsakar barnens och familjernas välbefinnande, minskning

av riskbruk av alkohol och därav orsakade skador, samt en nedgång i den totala konsumtionen av alkoholdrycker.

Alkoholprogrammet för åren 2004–2007 har beretts och skall verkställas under ledning av SHM i samarbete med olika förvaltningsgrenar, kommuner, kyrkor, organisationer och näringslivet. Målsättningen är att sammanföra åtgärderna i syfte att förebygga och minska skadorna till en strukturerad helhet, där samarbetet främjar uppnåendet av de gemensamma målsättningarna. Samarbetet baserar sig på ett frivilligt partnerskap, som bekräftas med en skriftlig överenskommelse.

SHM går också in för att stärka verksamhetens strukturer och att befästa ett klart måilupptällande, resultatuppföljning och en fortgående förbättrad kvalitet som den bärande grundvalen för förebyggande och minskning av skadorna. Den offentliga alkoholpolitiken styrs av fyra centrala principer: acceptans av målsättningar och metoder, en effektiv verksamhet, lokal förankring av verksamheten och partnerskap som grund för samarbetet. För uppnående av delmålen i förebyggande och minskning av skadorna föreslås ett antal åtgärder, som SHM betonar i styrningen av verksamheten.

I publikationen Alkoholprogrammet 2004–2007. Utgångspunkter för samarbetet 2004 beskrivs tillståndet för samarbetsprocessen på våren 2004.

Målsättningen för de till alkoholen anknutna åtgärderna på alla sektorer av statsförvaltningen är primärt att förebygga och minska alkoholskador. Effektiv minskning av skadorna förutsätter samarbete mellan förvaltningsområdena. I publikationen beskrivs kortfattat statsförvaltningens åtgärder under de närmaste åren. Kommunernas ställning i förebyggande och minskning av skadorna granskas i relation till lagstiftningen och de utgångspunkter vilka uppställs i utvecklingsprogrammen för social- och hälsovårdssektorn. För kommunerna föreläggs ett antal rekommendationer, och tyngdpunkterna i verksamheten i de kommuner vilka i beredningsskedet har anslutit sig till alkoholprogrammet presenteras kortfattat.

Hälsofrämjande organisationernas målsättningar och handlingslinjer i anknytning till minskning av rusmedelsskador har sammanställts i Organisationernas rusmedelsprogram för åren 2004–2006. Via detta program anslöt sig ett antal organisationer till alkoholprogrammet i februari 2004. I publikationen beskrivs handlingslinjerna för organisationernas rusmedelsprogram och ges exempel på tyngdpunkter i organisationernas verksamhet med anknytning till alkoholprogrammet. Det ges även en kort beskrivning av tyngdpunkterna i verksamheten hos de kyrkor samt fack-, arbetsmarknads- och näringsorganisationer vilka anslutit sig till alkoholprogrammet i beredningsskedet.

I alkoholprogrammet betonas verksamhetens processkaraktär: verksamhetsplanerna preciseras och verksamhetens resultat utvärderas under programperioden. SHM sammanställer om målsättningarnas och åtgärdernas förverkligande en mellanbedömning, som ges till riksdagen som en del av regeringens social- och hälsovårdsberättelse på våren 2006.



## Somliga pressmeddelanden från social- och hälsovårdsministeriet

Pressmeddelande 310/2005

### Social- och hälsovårdsministeriets förslag till budget för 2006

I social- och hälsovårdsministeriets budgetförslag betonas fungerande och tillgängliga tjänster inom social- och hälsovården, ett klarare finansieringssystem samt tillräcklig försörjning för alla.

Social- och hälsovårdsministeriet föreslog i maj att nästa års anslag för förvaltningsområdet skulle uppgå till drygt 11,2 miljarder euro. Summan är 1 175 miljoner euro (12 %) högre än i årets budget.

Finansministeriets förslag uppgår till nästan samma belopp (11,2 miljarder euro). Social- och hälsovårdsministeriets förslag grundar sig på regeringsprogrammet, regeringens rambeslut och på en ekonomisk prognos från mars 2005. De indexbundna förmånernas exakta belopp kan ändras i samband med indexjusteringarna i november.

De största anslagsökningarna i social- och hälsovårdsministeriets förslag beror på sloandet av mervärdesskatteredovisningen på 1,0 miljarder euro till sjukförsäkringsfonden och folkpensionsfonden samt sänkningen av socialskyddavgiften för staten och ökningen av statsandelarna till kommunerna. Indexjusteringen av utgifterna för utkomststödet ökar statens utgifter med cirka 46,3 miljoner euro.

Anslagen används fortsättningsvis främst till pensioner, barnbidrag och sjukförsäkring samt i form av statsandelar till kommunernas social- och hälsovård.

Socialutgifterna beräknas uppgå till cirka 43,8 miljarder euro år 2005. Ungefär en tredjedel av dessa utgifter finansieras via statsbudgeten. Social- och hälsovårdsministeriets andel är två tredjedelar.

### Fungerande social- och hälsovårdstjänster i hela landet

Staten satsar fortsättningsvis på att utveckla välfärdstjänsterna. Målet är att säkerställa en tillräcklig försörjning samt välfungerande och lättillgängliga social- och hälsovårdstjänster för alla oberoende av hemkommun. Social- och hälsovårdsministeriet har bland annat som en del av det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet och utvecklingsprojektet för det sociala området startat flera utvecklingsprojekt för att hjälpa kommunerna att producera social- och hälsovårdstjänster som uppfyller de uppställda målen.

Den statsandel för driftskostnader inom social- och hälsovården som betalas till kommunerna föreslås uppgå till 3 943 miljoner euro. Summan är cirka 270 miljoner euro (7,4 %) högre än i årets budget. Av ökningen består 55 miljoner euro av utgifter för utjämning av stora kostnader inom barnskyddet, som tidigare betalats från ett separat moment. Av ökningen hänför sig 63 miljoner euro till justeringen av kostnadsfördelningen mellan kommunerna och staten och 94,7 miljoner euro till höjningen av statsandelarna till kommunerna med 2,4 procent.

Av de höjda statsandelarna hänför sig 73 miljoner euro till utvecklingen av kommunernas hälso- och sjukvårdssystem enligt det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet och utvecklingen av socialservicesystemet enligt utvecklingsprojektet för det sociala området. Av ökningen används 9,9 miljoner euro för att ordna fortbildningen för personalen inom den kommunala socialvården, 4,0 miljoner euro för att utveckla närståendevården och familjevården samt 59,2 miljoner euro för att höja statsandelsprocenten med 0,48 procentenheter.



Förlikning i brottmål blir lagstadgad i hela landet. I förslaget ingår ersättning för utgifter i samband med ordnande av förlikning i brottmål. Ersättningen föreslås uppgå till 5,3 miljoner euro år 2006.

Som en del av revideringen av systemet med statsandelar till kommunerna justeras en del av bestämningsgrunderna för statsandelarna för social- och hälsovården. Kostnader för tjänsterna för gravt handikappade personer kompenseras med en ny handikappkoefficient och kostnaderna för barnskyddet med en ny barnskyddskoefficient. Barnskyddskoefficienten ersätter systemet med utjämning av stora barnskyddskostnader. Dessutom ändras bestämningsgrunderna för fjärrortskoefficienten. Samtidigt beaktas minskningen av statsandelarna till kommunerna genom att sänka statsandelsprocenten med 0,77 procentenheter.

Statsandelsprocenten för driftskostnaderna inom den kommunala social- och hälsovården höjs från nuvarande 32,99 procent till 33,26 procent år 2006.

Som statsunderstöd för kommunernas hälso- och sjukvårdsprojekt föreslås 55,2 miljoner euro. Av understödet är 30 miljoner euro avsedda att användas till utvecklingsprojekt som stöder det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet. Resten används för projekt som verkställer utvecklingsprojektet inom det sociala området och alkoholprogrammet.

### Rehabilitering och vård för veteraner säkerställs

Genomförandet av det s.k. veteranpaketet fortsätter år 2006. Anslaget för veteranerna föreslås uppgå till 428,3 miljoner euro. Genom anslaget kan rehabilitering tryggas för alla veteraner.

Krigsinvalider med en invaliditetsgrad på minst 25 procent får rätt till periodisk institutionsvård från och med ingången av år 2006.

### Finansieringen av sjukförsäkringen ändras

Finansieringen av sjukförsäkringen revideras vid ingången av år 2006. Den finansiering som sker via sjukförsäkringsfonden uppdelas i finansiering av sjukvårdsförsäkringen och finansiering av arbetsinkomstförsäkringen. Syftet med ändringen är att garantera en tillräcklig finansiering av de förmåner som beviljas vid sjukdom.

De försäkrade och staten deltar i finansieringen av sjukvårdsförsäkringen med lika stora delar med undantag av de sjukvårdsersättningar som skall betalas till EU-länder, vilka finansieras av staten

Arbetsinkomstförsäkringen finansieras av arbetsgivare, löntagare och företagare samt staten. Staten finansierar den sjukdagpenning, föräldrapenning, specialvårdspenning och rehabiliteringspenning som betalas till minimibeloppet. Dessutom finansierar staten en del av utgifterna för lantbruksföretagares och företagares företagshälsovård. År 2006 finansierar arbetsgivare 73 procent av de övriga arbetsinkomstförmånerna och löntagare och företagare tillsammans 27 procent.

### Socialförsäkringsavgifterna

Finansieringen av utkomstsystemet förblir till sin struktur oförändrad med undantag av reformeringen av systemet för finansiering av sjukförsäkringen. Finansieringsreformen inverkar på folkpensions- och sjukförsäkringsfonderna och på bestämningen av sjukförsäkringsavgifterna och folkpensionsavgifterna. Den försäkrades sjukförsäkringspremie består av en sjukvårdspremie och en dagpenningsskatt.

I det sammanlagda beloppet av de obligatoriska socialförsäkringsavgifterna sker inga stora förändringar. Arbetsgivares sjukförsäkringsavgifter stiger samtidigt som folkpensionsavgiften sjunker på motsvarande sätt. Folkpensionsavgiften för staten sjunker till samma nivå som för kommuner. Sjukförsäkringsavgiften för staten sjunker till samma nivå som för övriga arbetsgivare. Arbetspensionsavgiften för arbetsgivare beräknas förbli oförändrad. Arbetslöshetsför-

säkringsavgiften för arbetsgivare stiger en aning, med uppskattningsvis 0,04 procentenheter för den genomsnittliga avgiften.

Sjukvårdspremien och dagpenningipremien för löntagare och företagare höjer tillsammans avgiftsbördan. Sjukförsäkringsavgiften för pensionstagare och förmänstagare förblir oförändrad. Även arbetslöshetsförsäkringsavgiften för löntagare och pensionsavgiften för arbetstagare beräknas förbli oförändrade.

### Arbetsgivares socialskyddsavgift

Socialskyddsavgiften för arbetsgivare består av en folkpensionsavgift och en sjukförsäkringsavgift. Socialskyddsavgiften sjunker för alla arbetsgivare med 0,008 procentenheter till följd av att försöket med slopade arbetsgivaravgifter i vissa kommuner i norra Finland och i skärgården upphör.

Privata arbetsgivare samt kommunala och kyrkliga arbetsgivare befrias under åren 2005–2009 från socialskyddsavgiften för arbetsgivare i de kommuner som deltar i förvaltningsförsöket i Kajanaland. För att täcka underskottet höjs folkpensionsavgiften för övriga arbetsgivare med 0,008 procentenheter. Socialskyddsavgiften för staten och landskapet Åland sjunker med 2,8 procentenheter.

### Sjukförsäkringsavgiften för arbetsgivare

Sjukförsäkringsavgiften för arbetsgivare är 2,06 procent av lönen år 2006. Sjukförsäkringsavgiften för staten och landskapet Åland sjunker med 0,79 procentenheter och höjs för privata arbetsgivare samt kommunala och kyrkliga arbetsgivare med 0,46 procentenheter. Höjningen av sjukförsäkringsavgiften för arbetsgivare kompenseras genom att sänka folkpensionsavgiften för arbetsgivare.

### Folkpensionsavgiften för arbetsgivare

Folkpensionsavgiften för privata arbetsgivare och statens affärsverk är år 2006 beroende på avgiftsklassen 0,898, 3,098 eller 3,998 procent av lönerna. Folkpensionsavgiften för privata arbetsgivare sjunker med 0,46 procentenheter. Folkpensionsavgiften för arbetsgivare sjunker dessutom med 0,008 procentenheter till följd av att försöket med slopade arbetsgivaravgifter i vissa kommuner i norra Finland och i skärgården upphör. Folkpensionsavgiften för staten sjunker med 2,018 procentenheter. Folkpensionsavgiften för kommunala och kyrkliga arbetsgivare samt staten är 1,948 procent av lönerna. Hos de försäkrade tas inte ut någon folkpensionsavgift.

### Den försäkrades sjukförsäkringspremie

Den försäkrades sjukförsäkringspremie består av en sjukvårdspremie och en dagpenningipremie.

År 2006 är dagpenningipremien 0,77 procent och sjukvårdspremien 1,33 procent, dvs. sammanlagt 2,10 procent (1,50 % år 2005). För företagare är dagpenningipremien 1,02 procent och sjukvårdspremien 1,33 procent, dvs. sammanlagt 2,35 procent (1,50 % år 2005). För pensionsinkomster och inkomster av förmåner tas ut en sjukvårdspremie på 1,50 procent.

Den nya dagpenningipremien för löntagare och företagare kan avdras i beskattningen. Dessutom beaktas den ökade premiebördan för löntagare och företagare i inkomstbeskattningen år 2006 så att den genomsnittliga skattegraden inte stiger.

### Arbetslöshetsförsäkringsavgifterna

Arbetslöshetsförsäkringsavgifterna förblir oförändrade år 2006, dock så att finansieringen av tillägget för sysselsättningsplan beaktas i arbetsgivaravgiften. Den genomsnittliga avgiften för arbetsgivare stiger med cirka 0,04 procentenheter. Arbetslöshetsförsäkringspremien för löntagare förblir oförändrad, dvs. 0,5 procent.

### Arbetspensionsförsäkringsavgifterna

Den genomsnittliga APL-avgiften förblir oförändrad, dvs. 16,8 procent. Arbetspensionsavgiften för staten förblir också oförändrad, dvs. 18,9 procent. För kommunen stiger avgiften till 23,61 procent (23,4 % år 2005).

Arbetspensionsavgiften för arbetstagare, företagare och arbetsgivare förblir oförändrade. Arbetspensionsavgiften är 4,6 procent för arbetstagare som inte fyllt 53 år och 5,8 procent för arbetstagare som fyllt 53 år. Arbetspensionsavgiften för företagare och lantbruksföretagare är 21,4 procent för personer som inte fyllt 53 år och 22,6 procent för personer som fyllt 53 år.

### Sjukförsäkringsersättningarna

Sjukförsäkringsersättningarna beräknas stiga till cirka 3,8 miljarder euro år 2006 (3,6 mrd. euro år 2005). Det här beror främst på de ökade utgifterna för sjukdagpenning och föräldradagpenning.

Systemen för läkemedelsersättningar revideras genom att sänka partipriserna för läkemedel. Man strävar efter att kostnadseffekterna för patienterna förblir oförändrade och därför ändras ersättningsprocenten för läkemedel i samband med revideringen. Dessutom ersätts kostnaderna för dosdispensering. Revideringen sänker utgifterna för läkemedelsersättningar med 70 miljoner euro och statsandelen för läkemedelsersättningar med cirka 35 miljoner euro.

Ersättningen till arbetsgivare för utgifterna för förebyggande företagshälsovård höjs från 50 procent till 60 procent. Höjningen täcks med sjukförsäkringsavgiften för arbetsgivare och den försäkrade. Företagshälsovården för företagare utvidgas genom att som en del av företagshälsovården ersätta företagares sjukvård. Detta ökar statens utgifter med 4,0 miljoner euro.

Till företagare betalas sjukdagpenning för den tid företagaren är arbetsoförmögen, med undantag av de fyra första vardagarna. Kostnadseffekterna på 7,5 miljoner euro finansieras genom att höja dagpenningpremien för företagare med 0,25 procentenheter.

För behovsprövad rehabilitering som ordnas av Folkpensionsanstalten reserveras 98,6 miljoner euro och för nya läkemedel som omfattas av specialersättning reserveras 8,4 miljoner euro.

### Pensionsutgifterna

Under social- och hälsovårdsministeriets huvudtitel har för år 2006 reserverats 2,4 miljarder euro för pensioner. Av summan används 1,8 miljoner euro till folkpensioner, 435 miljoner euro till lantbruksföretagarpensioner, 62 miljoner euro till företagarpensioner och 39 miljoner euro till sjömanspensioner.

Arbetspensionerna finansieras i huvudsak genom arbetsgivares och arbetstagares försäkringsavgifter. Staten deltar i finansieringen av företagare-, lantbruksföretagare- och sjömanspensioner. Folkpensionerna, som utgör cirka 16 procent av de totala pensionsutgifterna, finansieras i huvudsak genom arbetsgivares försäkringsavgifter samt med statliga medel.

Kommunernas dyrortsklassificering förblir oförändrad till utgången av år 2007.

### Indexjusteringar och lönekoeficienten

Arbetspensionsindexet, med vilket löpande arbetspensioner och vissa andra inkomstrelaterade pensioner och förmåner justeras, stiger uppskattningsvis med cirka 1,66 procent jämfört med år 2005. Folkpensionsindexet stiger uppskattningsvis med 1,32 procent. Lönekoeficienten, med vilken bland annat inkomster som ligger till grund för pensionen justeras, stiger med cirka 3,0 procent.

### Utkomstskyddet för arbetslösa

Statens utgifter för utkomstskyddet för arbetslösa uppskattas uppgå till 680,5 miljoner euro år 2006 (720,0 milj. euro år 2005). Arbetslöshetsnivån antas sjunka till 8,0 procent år 2006, vilket minskar såväl utgifterna för statsandelar till arbetslöshetskassorna som utgifterna för bastryggheten. Grunddagpenningen för arbetslösa höjs så att den motsvarar förändringen i levnadskostnaderna, dvs. till 23,55 euro per dag (23,24 euro år 2005).

### Pressmeddelande 216/2005

## Kommissionen för barnfrågor i Finland: Mot en långsiktig och strukturerad barn- och familjepolitik

Ett Finland för barnen är en nationell handlingsplan som utarbetats av kommissionen för barnfrågor i Finland. Handlingsplanen baserar sig på det slutdokument som antogs vid FN:s generalförsamlings specialsession om barn. Handlingsplanen har utarbetats utgående från de kommentarer som FN:s kommitté för barnets rättigheter framfört om Finlands rapport 2000 och de frågeställningar som kommissionen för barnfrågor upplevt som viktiga. Kommissionen överlämnade handlingsplanen till omsorgsminister Liisa Hyssälä den 12 maj. Kommissionens ordförande har varit riksdagsledamot Eva Biaudet.

Enligt kommissionen för barnfrågor i Finland, som tillsattes av social- och hälsovårdsministeriet våren 2003, behövs det en mera långsiktig barn- och familjepolitik som beaktar såväl familjernas ekonomiska resurser som tryggheten av tjänster. I handlingsplanen ger kommissionen sin syn på hur man kan förbättra barnens levnadsförhållanden och verkställa deras rättigheter.

Kommissionen betonar att det hör till alla förvaltningsområden och alla vuxna att sörja för barnens välbefinnande. Inför alla beslut som påverkar barnens liv skall deras konsekvenser för barnen utredas innan beslutet fattas. Kommissionen har också utarbetat en modell för utvärdering av barnkonsekvenserna.

Kommissionen anser att det inom basservicen även behövs fostringspartnerskap. Det finns ett stort behov av lokala föräldragrupper, kaféer och andra stödnätverk med låg tröskel. Särskilt för föräldrar som vårdar sina barn hemma och familjer som just flyttat till orten har den gemenskap som grupper av likställda erbjuder stor betydelse. Tidigt stöd till familjer i problemsituationer och stödåtgärder inom det förebyggande barnskyddet skall vara lätt tillgängliga.

### Arbetslivet skall ta ansvar för familjernas välbefinnande

Kommissionen vill öka arbetsgivarnas samhällsansvar. Att erkänna barnens och familjernas behov hör till god personalpolitik och förbättrar den offentliga företagsbilden. Regeringen och arbetsmarknadsparterna borde uppmuntra familjerna att ta ut faderskaps- och andra föräldraledigheter. Olika flexibla möjligheter i fråga om arbetstider och alternativen med kort arbetstid måste enligt kommissionen fås i allmänt bruk för att det skall bli mera tid över för familjernas gemensamma vardag. Arbetslöshet och korta visstidsanställningar måste effektivt minskas. De statliga och kommunala arbetsgivarna skall här föregå med gott exempel.

Enligt kommissionen har information om konventionen om barnets rättigheter spridits i liten utsträckning och oenhetligt. Information har inte heller funnits på minoritetsspråken. Finländska barn och unga tycker inte att de känner till konventionen tillräckligt. Enligt kommissionen skall statsmakten effektivisera sina åtgärder och utarbeta en kommunikationsstrategi för att göra bestämmelserna i konventionen kända för både vuxna och barn. Informationen kan till exempel spridas via rådgivningsbyråerna, daghemmen och skolorna.

## Pressmeddelande 199/2005

### Nya behörighetsvillkor för personalen inom socialvården

De nya behörighetsvillkoren för den yrkesutbildade personalen inom socialvården träder i kraft den 1 augusti. Regeringen föreslog torsdagen den 28 april att lagen stadfästs. Avsikten är att republikens president stadfäster lagen på fredag.

Utgångspunkten för lagen är att trygga kvaliteten på servicen inom socialvården. En tillräcklig utbildning och yrkeskompetens hos personalen främjar tillgodoseendet av rättigheterna för klienterna inom socialvården.

Lagen har ett vidare tillämpningsområde än den nuvarande behörighetsförordningen. Lagen tillämpas på behörighetsvillkoren för personal inom socialvården på alla förvaltningsområden inom kommun och staten samt på privat socialservice till den del servicen omfattas av lagen om tillsyn över privat socialservice. Lagen är därmed tillämplig också inom t.ex. hälsovårdssvendet, polisväsendet och kriminalvården.

I lagen fastställs behörighetsvillkoren för socialarbetare, socialombudsmän, barnatillsyningsmän, socialhandedare, barnträdgårdslärare och närvårdare. I den nya lagen ingår också bestämmelser om den behörighet som krävas för ledningsuppgifter inom socialvården. Behörighetsvillkoren motsvarar de nya utbildningsstrukturerna. Genom övergångsbestämmelserna säkerställer man att behörigheten kvarstår hos dem som avlagt tidigare examina.

## Pressmeddelande 35/2005

### Kompletterande utbildning för socialvårdspersonalen

Till socialvårdslagen fogas en bestämmelse om kompletterande utbildning för socialvårdspersonalen. Enligt bestämmelsen skall kommunerna sörja för att socialvårdspersonalen, beroende på grundutbildningens längd, hur krävande arbetet är och befattningsbeskrivningen, i tillräcklig utsträckning deltar i den kompletterande utbildning som ordnas för den. Regeringen föreslog torsdagen den 27 januari att lagen stadfästs. Avsikten är att republikens president stadfäster lagen på fredag.

Kommunerna kan själv avgöra hur den kompletterande utbildningen ordnas och genomförs. Den kompletterande utbildningen kan genomföras både som individuell utbildning och som utbildning för yrkesgrupper eller arbetsplatser. Utbildningen kan också ordnas som ett samarbete inom ett område eller en region.

Skyldigheten att delta i kompletterande utbildning stöder upprätthållandet och utvecklingen av personalens yrkesskicklighet, vilket för sin del främjar att socialvårdens klienter får de tjänster de behöver i en kvalitativ, effektiv och ekonomisk form.

Kommunernas skyldighet att se till att socialvårdspersonalen i tillräcklig utsträckning deltar i den kompletterande utbildningen betyder att kommunen svarar för kostnaderna för utbildningen. De årliga tilläggskostnaderna för kommunerna uppskattas till 51 750 000 euro. Eftersom lagen träder i kraft från början av augusti 2005 uppskattas tilläggskostnaderna för år 2005 till 21 560 000 euro, varav statens andel är 7 113 000 euro.

Lagen träder i kraft den 1 augusti 2005.

## Pressmeddelande 448/2004

## Ändringar i statsunderstödet för utvecklingsprojekt inom social- och hälsovården

Bestämmelserna om statsunderstöd i lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården har ändrats. Ändringarna gäller statsunderstödet belopp samt tidpunkter för ansökan och beslut. I statsunderstöd kan beviljas högst 75 procent av de kostnader som berättigar till statsunderstöd. I fråga om sjukvårdsdistrikt är statsunderstödet dock högst 50 procent. Regeringen föreslog torsdagen den 30 december att ändringen av lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården stadfästas. Avsikten är att republikens president stadfästare lagändringen på torsdag.

Enligt det nuvarande systemet kan i kommunernas självfinansieringsandel räknas med även så kallade kalkylerade kostnader. Efter lagändringen godkänns inte kalkylerade kostnader längre som kostnader som berättigar till statsunderstöd. Samtidigt som de kalkylerade kostnaderna slopas höjs maximibeloppet för statsunderstödet.

Förfarandet förenklar övervakningen av användningen av statsunderstöd och ökar insynen i projektfinansieringen. Avsikten med reformen är att stödja möjligheterna för i synnerhet små kommuner och samkommuner att delta i utvecklingsarbetet, men samtidigt är avsikten också att rikta statsunderstöd till de utvecklingsprojekt som är väsentliga när det gäller tillgången till och kvaliteten på tjänster samt resultaten av verksamheten.

Till lagen har även fogats ett bemyndigande att för en längre tid än ett år i sänder fastställa prioriteringarna och kriterierna för utvecklingsprojekt genom en tills vidare gällande förordning. Det här stöder bättre det långsiktiga och omfattande utvecklingsarbetet inom social- och hälsovården.

En revidering av administreringen av utvecklingsprojekt innebär att behandlingen av dem förenhetligas och att det blir möjligt för länsstyrelserna att bättre än för närvarande följa och övervaka hur de finansierade projekten framskrider samt hur statsunderstödet används. Vidare minskar reformen det administrativa arbetet för de kommuner och samkommuner som verkställer projekt.

## Pressmeddelande 445/2004

## Hemvårdsförsöket ger bättre social- och hälsovårdstjänster för äldre

Socialvårdslagen och folkhälsolagen ändras temporärt. Ändringen gör det möjligt för kommunerna att göra försök med att sammanslå hemservicen och hemsjukvården till ett nytt uppgiftsområde, dvs. hemvård. Hemvården kan skötas av ett enda kollegialt organ, t.ex. socialnämnden, hälsovårdsnämnden eller en ny nämnd som bildas för skötseln av social- och hälsovårdstjänster för äldre. Regeringen föreslog torsdagen den 30 december att ändringen stadfästas. Avsikten är att republikens president stadfäster lagändringen på torsdag.

Försöket med hemvården effektiviserar funktionerna och förbättrar servicen. Även om försöket centralt fokuserar på tjänster för äldre kan det gälla också andra klientgrupper som erbjuds tjänster i hemmet, t.ex. handikappade och långtidssjuka.

Social- och hälsovårdsministeriet godkänner på ansökan de kommuner som deltar i försöket. En förutsättning för godkännande är att försöket förbättrar samordningen av social- och hälsovårdstjänster för de klienter som omfattas, utan att försöket medför betydande olägenhe-



ter för social- och hälsovårdsservicen som helhet. Försöket är avsett för sådana kommuner där man inte ansett det vara ändamålsenligt att sammanföra uppgifter inom socialvården och folkhälsoarbetet i en enda nämnd eller där en sammanslagning inte är möjlig på grund av att uppgifter inom folkhälsoarbetet handhas av en samkommun. Försöket gäller inte den specialiserade sjukvården.

Lagändringen träder i kraft den 1 januari 2005 och gäller till och med den 31 december 2008.

## Pressmeddelande 438/2004

# Ändringar inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde 1.1.2005

Vid ingången av år 2005 träder en totalrevidering av pensionssystemet och sjukförsäkringen i kraft. Stödet för hemvård och privat vård av barn stiger och minimidagpenningen för föräldraledighet höjs. Även andra förmåner justeras.

## Stödet för hemvård och privat vård av barn stiger

Vårdpenningen enligt stödet för hemvård av barn stiger med 42 euro till 294,28 euro per månad. Vårdpenningen enligt stödet för privat vård av barn stiger med 19,60 euro till 137,33 euro per månad.

## Underhållsbidragen och underhållsstödet oförändrade

I underhållsbidragen och underhållsstödet görs inga indexjusteringar vid årsskiftet. Underhållsbidragen och underhållsstödet har senast indexjusterats vid ingången av år 2002.

## Storleken på utkomststödets grunddelar

Utkomststödets grunddelar stiger med i genomsnitt 0,37 procent. För ensamstående och ensamförsörjare är utkomststödets grunddel i första kommungruppen 378,54 euro i månaden och i andra kommungruppen 362,25 euro i månaden (377,15 euro och 360,92 euro år 2004)

## Vårdarvodena till familjevårdare och närståendevårdare stiger

Vårdarvodet till familjevårdare är minst 234 euro för en person i familjevård per kalendermånad (230 euro år 2004). Vårdarvodet kan vara högst 701 euro om familjevårdaren sköter personer i familjevård på heltid och 351 euro om familjevårdaren sköter personer i familjevård på deltid (689 euro och 345 euro år 2004).

Vårdarvodet till närståendevårdare höjs från 229,29 euro till 233,56 euro i månaden.

## Normerna för pensionstagares bostadsbidrag indexjusteras

Normerna för pensionstagares bostadsbidrag ändras. Maximibeloppet för boendeutgifter som godkänns i bostadsbidraget höjs, beroende på orten, med 0,16-0,23 euro per kvadratmeter per månad.

Till följd av ändringarna i kostnadsnivån höjs vattennormen med 1,0 procent och underhållsnormen med 0,4 procent. Vattennormen för bostäder som saknar vattenledning höjs med 0,4 procent. Uppvärmningsnormen är oförändrad.

### Bättre rehabiliteringsförmåner

Beloppet av den ersättning för uppehålle som betalas enligt prövning för ersättande av extra kostnader på grund av deltagande i rehabilitering stiger från 5,05 euro till 8 euro per dag. Förmåner enligt lagen om rehabiliteringspenning justeras från och med ingången av år 2005 med arbetspensionsindexet.

### Rehabilitering av veteraner och tjänster för krigsinvalid

Den regelbundna rehabiliteringen av frontveteraner utvecklas så att alla som så önskar får rehabilitering årligen.

Ersättning för öppenvårdstjänster kan också betalas till krigsinvalider vilkas invaliditetsgrad enligt lagen om skada, ådragen i militärtjänst är minst 20 procent. Hittills har förutsättningen varit en invaliditetsgrad på minst 25 procent.

### Pensionsreformen träder i kraft

Pensionsreformen träder i kraft den 1 januari 2005. Ålderspension intjänas av allt arbete som utförts i åldern 18–68 år och också av tider med oavlönad föräldraledighet, perioder med arbetslöshetsdagpenning och perioder med inkomstrelaterad dagpenning. Också under oavlönad vårdledighet och studier intjänas pension på vissa villkor.

De nya bestämmelserna tillämpas endast vid uträkning av den pension som tillväxer från och med den 1 januari 2005. För tidigare perioder i arbete tillämpas de tidigare bestämmelserna. Reformen inverkar inte på löpande pensioner.

Intjäningsprocenten stiger med åldern. För personer i åldern 18–52 år är intjäningsprocenten 1,5 och för personer i åldern 53–62 år är intjäningsprocenten 1,9. För personer i åldern 63–68 år är intjäningsprocenten 4,5.

De kommunala och statliga pensionerna reformeras enligt samma principer som den privata sektorns arbetspensioner.

### Sjukförsäkringens lönekoeficient och sjuk- och föräldraförmåner

Revideringen av sjukförsäkringslagen träder i kraft den 1 januari 2005. De arbetsinkomster som används som grund för sjukförsäkringens dagpenning justeras med en lönekoeficient enligt arbetspensionssystemet, där vägningskoeficienten för förändringen i lönenivån är 0,8 och för förändringen i prisnivån är 0,2.

Minimibeloppet för sjuk-, moderskaps-, faderskaps- och föräldrapenningen samt den särskilda moderskapspenningen stiger från 11,45 euro till 15,20 euro per dag. Minimibelopp för rehabiliteringspenningen stiger på motsvarande sätt.

### Arbetspensionerna och dagpenningarna justeras enligt nytt indexsystem

Alla löpande arbetspensioner justeras med ett pensionsindex, där levnadskostnadernas andel är 80 % och lönernas andel är 20 %. För justering av de inkomster som ligger till grund för pensionen införs en lönekoeficient, där levnadskostnadernas andel är 20 % och lönernas andel är 80 %.

Samma lönekoeficient används vid justering av inkomstgränserna i fråga om dagpenningar inom sjukförsäkringen och rehabiliteringspenning samt vid justering av inkomster som ligger till grund för dagpenningar inom sjukförsäkringen, rehabiliteringspenning och vid undantagsfall även för arbetslöshetsdagpenning. Rehabiliteringspenningar justeras i fortsättningen med pensionsindexet. Folkpensionsindexet är oförändrat.

### Dagpenningens arbetstagaravgiftsavdrag stiger



Vid uträkning av dagpenningens storlek avdras från personens totala arbetsinkomster vissa arbetstagaravgifter (arbetstagares pensionsavgift och löntagares arbetslöshetsförsäkringspremie) som personen har betalat. Avdraget är 5,1 procent år 2005 (4,85 år 2004).

### Lönekoefficienten, arbetspensionsindexet och övergångsperiodens index

Lönekoefficienten enligt APL är 1,028. APL-indextalet är 2047 och indextalet under övergångsperioden i samband med pensionsreformen är 2191 i fråga om vissa pensioner.

### Folkpensionsindexet

Folkpensionsindexet för år 2005 är 1362.

### Grunddagpenningen enligt utkomstskyddet för arbetslösa stiger

Grunddagpenningen för arbetslösa stiger från 23,16 euro till 23,24 euro per dag. Den sociala tryggheten för företagare förbättras så att en löntagare som blir företagare och en företagare som blir löntagare bevarar det intjänade inkomstrelaterade utkomstskyddet för arbetslösa under en efterskyddstid på 32 kalenderveckor.

Jämkad arbetslöshetsförmån kan beviljas till den 31 december 2005 trots att maximitiden på 36 månader för utbetalningen gått ut.

Personer som fyllt 65 år har rätt till arbetslöshetsförmån om arbetstiden förkortats på grund av permittering eller om arbetet förhindras på grund av väderhinder eller av andra arbetstagares stridsåtgärder.

### Arbetslöshetsförsäkringspremierna stiger

Löntagares och arbetsgivares arbetslöshetsförsäkringspremier stiger vid årsskiftet.

År 2005 är arbetsgivares arbetslöshetspremie 0,7 procent av lönen för ett lönebelopp upp till 840 940 euro (0,6 % år 2004) och 2,8 procent av lönen för den överskjutande delen av lönebeloppet (2,5 % år 2004). För en delägare i ett företag är arbetsgivares arbetslöshetspremie 0,7 procent (0,6 % år 2004). Statens affärsverks arbetslöshetspremie är 0,7 procent för ett lönebelopp upp till 840 940 euro (0,6 % år 2004) och 1,9 procent för den överskjutande delen (1,7 % år 2004).

Löntagares arbetslöshetspremie är 0,5 procent av lönen (0,25 % år 2004). För en delägare i ett företag är löntagares arbetslöshetsförsäkringspremie 0,17 procent (0,09 % år 2004).

### Arbetsgivares folkpensionsavgift och sjukförsäkringsavgift

Folkpensionsavgiften för privata arbetsgivare och statliga affärsverk är år 2005 beroende av avgiftsklassen 1,366, 3,566 eller 4,466 procent av lönen. Avgiften för kommunen och kyrkan som arbetsgivare uppgår till 2,416 procent och för övriga arbetsgivare till 3,966 procent av lönen.

Den temporära höjningen av arbetsgivares sjukförsäkringsavgift om 0,014 procentenheter, som genomfördes från och med ingången av år 2003 i syfte att finansiera avgiftsförsöket i Lappland och skärgårdskommunerna, slopas från och med den 1 januari 2005.

Arbetsgivares sjukförsäkringsavgift är 1,60 procent för privata arbetsgivare, kommunen och kyrkan samt för övriga arbetsgivare 2,85 procent av lönen. Den försäkrades sjukförsäkringsavgift är oförändrad, dvs. 1,50 procent.

### Arbetspensionsavgifterna och beräkningsgrundsrentan för APL

Den genomsnittliga försäkringspremien enligt lagen om pension för arbetstagare är 21,6 procent av lönerna år 2005. Premienivån är 0,2 procentenheter högre än år 2004.

Pensionsavgiften för arbetsgivare är 16,8 procent och för arbetstagare 4,6 procent, dvs. samma som år 2004. Pensionsavgiften för arbetstagare över 53 år är 5,8 procent.

Försäkringspremien för företagare och lantbruksföretagare är oförändrad år 2005, dvs. 21,4 procent. Försäkringspremien för företagare och lantbruksföretagare över 53 år är 22,6 procent.

KAPL-avgiften, som gäller arbetstagare i kortvariga arbetsförhållanden, är 22,7 procent av bruttolönen. KoPL-avgiften, som gäller konstnärer och särskilda grupper av arbetstagare, är 19,6 procent. För såväl KAPL- som KoPL-avgiften är arbetstagarens andel 4,6 procent. För arbetstagare över 53 år är KAPL- och KoPL-avgiften 5,8 procent.

Pensionsavgiften för sjömän är både för arbetstagare och för arbetsgivare 11 procent, dvs. sammanlagt 22 procent.

Beräkningsgrundsrentan för APL sjunker från den 1 januari 2005 från nuvarande 5,0 procent till 4,75 procent.

### Olycksfallsförsäkring

Inom den lagstadgade olycksfallsförsäkringen övergår man till att använda samma index som för det privata arbetspensionssystemet.

Olycksfallspension, familjepension, menersättning samt men-, kläd- och ledarhundtillägg enligt lagen om olycksfallsförsäkring justeras med arbetspensionsindexet, där vägningskoefficienten för förändringen i lönenivån är 0,2 och för förändringen i prisnivån är 0,8. Beloppen enligt lagen om olycksfallsförsäkring, till exempel minimiårsarbetsförtjänsten, justeras med lönekoeficienten enligt arbetspensionssystemet, där vägningskoefficienten för förändringen i lönenivån är 0,8 och för förändringen i prisnivån är 0,2.

### Gårdsregister för lantbruksföretagare

Vid ingången av år 2005 inrättas ett riksomfattande register över gårdsbesök inom ramen för företagshälsovården för lantbruksföretagare. Registret upprätthålls av Lantbruksföretagarnas pensionsanstalt.

## Pressmeddelande 433/2004

### En barnombudsmannatjänst inrättas

En barnombudsmannatjänst inrättas. Regeringen föreslog tisdagen den 21 december att lagen om barnombudsmannen stadfästas. Avsikten är att republikens president stadfäster lagen samma dag.

Barnombudsmannen verkar för att stärka barnens ställning och rättigheter i samhället. Barnombudsmannens verksamhet grundar sig på FN:s konvention om barnets rättigheter. Barnombudsmannen skall bevaka och främja barns intressen och rättigheter inom förvaltningen, samhällspolitiken och lagstiftningen samt främja genomförandet av FN:s konvention om barnets rättigheter. Till ombudsmannens centrala uppgifter hör vidare att lyfta fram barnens åsikter i den offentliga debatten och att informera om barnens rättigheter.

Barnombudsmannen kan ta initiativ i frågor som gäller barnens ställning och missförhållanden i samhället. Andra sätt att påverka är till exempel rekommendationer, anvisningar och råd. Barnombudsmannen är i sin verksamhet oberoende och har tillgång till en bred expertis inom olika förvaltningsområden. Ombudsmannen har en egen byrå. Barnombudsmannatjänsten och barnombudsmannens byrå finns i samband med social- och hälsovårdsministeriet.

För att stödja ombudsmannens arbete tillsätts en delegation som representerar sakkunskap inom olika områden på bred bas där även medborgarorganisationerna är starkt företrädade.

Lagen träder i kraft den 1 september 2005.

## Pressmeddelande 427/2004

### Pensionsersättning för tiden för studier och vård av barn

Från och med ingången av år 2005 tillväxer pensionen också under studietiden och under tiden för vård av barn. Av statens medel betalas från och med den 1 januari pensionsersättning till studerande för studier som lett till examen och till föräldrar som vårdat ett barn under tre år hemma. Statsrådet gav en förordning om ärendet den 16 december. Förordningen träder i kraft den 1 januari 2005. Förordningen grundar sig på lagen om pensionsersättning som skall betalas av statens medel för tiden för vård av barn under tre år eller för tiden för studier, som träder i kraft den 1 januari 2005.

Rätt till pensionsersättning har en förälder som på grund av vården av ett barn under tre år är förhindrad att förvärvsarbeta och får stöd enligt lagen om stöd för hemvård och privat vård av barn. Föräldern skall i ansökan om stöd för hemvård av barn meddela om han eller hon är förhindrad att förvärvsarbeta.

På basis av en högre högskoleexamen betalas pensionsersättning för fem år, på basis av en yrkeshögskoleexamen för fyra år samt på basis av en lägre högskoleexamen och en yrkesinriktad grundexamen för tre år. Om en person har avlagt flera examina, betalas pensionsersättning för sammanlagt högst fem år. Läroanstalten är skyldig att lämna Folkpensionsanstalten uppgifter om de personer som har avlagt en examen som berättigar till förmånen. Personer som har avlagt en examen utomlands skall själv lämna Folkpensionsanstalten dessa uppgifter.

Den kalkylerade inkomsten som utgör grunden för förmånen är 523,61 euro per månad för såväl barnavårds- som studietiden.

## Pressmeddelande 369/2004

### Jämställdhetsbarometern 2004: En fjärdedel av kvinnliga löntagare upplever att det finns könsbundna nackdelar vid lönesättningen

De finländska kvinnorna och männen är i stor utsträckning överens om att dela ansvaret både vid tryggheten av familjens ekonomiska uppehälle, i vardagen och i föräldraskapet. Finländarna föredrar en familjemodell med två försörjare, men beaktas detta på arbetsplatserna och arbetsmarknaden? Trots att det är nästan självklart att också kvinnor med familjer förvärvsarbetar, upplever var fjärde kvinnliga löntagare ännu år 2004 att det finns könsbundna nackdelar vid lönesättningen. Varannan man anser för sin del att kvinnorna inte har lika bra möjligheter i arbetslivet som männen, framgår av Jämställdhetsbarometern år 2004, som social- och hälsovårdsministeriet publicerade torsdagen den 11 november.

Jämställdhetsbarometern beskriver arbetsfördelningen och maktförhållandet mellan könen med hjälp av finländska kvinnors och mäns uppskattningar, attityder och egna erfarenheter. Jämställdhetsbarometern 2004 är det tredje i ordningen. Den första barometern publicerades år 1998 och den andra år 2001. Barometern sammanställs av Statistikcentralen.

Enligt jämställdhetsbarometern upplever man på arbetsplatserna att de lagstadgade familjeledigheterna i högre grad är kvinnornas än männens rättigheter. Det här gäller särskilt den privata sektorn och andra än de allra kortaste familjeledigheterna. Sammanlagt 70 procent av löntagarna inom den offentliga sektorn och 45 procent av löntagarna inom den privata sektorn anser att männen inte har några som helts svårigheter att ta ut föräldraledighet. Minst två tredjedelar av såväl kvinnorna som männen anser att männen inte uppmuntras tillräckligt att ta

ut föräldraledighet. Finländarna verkar också vara rätt så överens om att både kvinnornas och männens arbetsgivare i lika stora delar skall ansvara för de kostnader som föräldraledigheterna förorsakar arbetsgivaren.

Att ta ut partiell vårdledighet, dvs. förkortad arbetstid, ansågs allmänt vara svårt. Oberoende av könet och till vilken sektor arbetsplatsen tillhörde är det enligt löntagarna svårare att ta ut partiell vårdledighet än att helt vara borta från arbetsmarkanden i några år.

Enligt barometern har det inte skett några ändringar i det faktum att kvinnorna har ett större ansvar än männen för att familjens vardag skall löpa smidigt. Av familjemödrarna anser 47 procent att de ofta eller då och då har för stort ansvar för hushållsarbetet.

Finländarna är rätt så överens i fråga om kvinnors insatser på ledande poster inom samhällslivet och inom politiken. Sammanlagt 90 procent av kvinnorna och 80 procent av männen ansåg att den första kvinnliga presidenten har stor eller rätt så stor betydelse med tanke på jämställdheten mellan könen i Finland.

## Pressmeddelande 356/2004

### Riksomfattande rekommendationer för barnavårdsrådgivningarna

Social- och hälsovårdsministeriet har gett ut handboken "Rådgivningsbyråerna för barnavård som stöd för barnfamiljerna". Handboken är avsedd för personalen. I handboken presenteras riktlinjerna för hur rådgivningsverksamheten skall utvecklas som en del av kommunens basservice. Riktlinjerna gäller bland annat utvecklingen av rådgivningsverksamhetens innehåll och metoder samt organisering och ledning av verksamheten. Ministeriet har också gett ut en separat del som är avsedd för de kommunala beslutsfattarna.

Rådgivningsbyråernas huvudsakliga uppgift är fortfarande att främja barns hälsa och upptäcka sjukdomar och störningar i utvecklingen i ett tidigt skede. Det har också blivit allt viktigare att stöda hela familjen samt föräldrarna i deras roll som föräldrar. Social- och hälsovårdsministeriet rekommenderar för rådgivningsbyråerna ett familje- och resursbaserat arbetsgrepp.

I takt med att samhället förändras förutsätter förebyggandet och hanteringen av barnens och familjernas problem allt oftare ett planmässigt multiprofessionellt samarbete och överenskommelser om vårdrutiner. För att säkerställa samarbetet föreslår ministeriet ett nätverk inom familjetjänsterna och en integrering av samarbetet med kommunens barnpolitiska program. För att effektivisera styrningen och uppföljningen av tjänsterna för barnfamiljer rekommenderas en övergripande planerings- och uppföljningsgrupp som avlägger rapporter för de politiska beslutsfattarna i kommunen.

För att utföra det arbete som beskrivs i handboken behövs en i relation till befolkningen och dess särdrag tillräckligt stor personal. I handboken rekommenderas högst 340 barn under 7 år per hälsovårdare och högst 2 400 barn per heltidsanställd läkare.

## Pressmeddelande 346/2004

# Hemvårdsförsök för att effektivisera social- och hälsovårdstjänsterna för äldre

Regeringen föreslår att socialvårdslagen och folkhälsolagen tillfälligt ändras. Ändringen gör det möjligt för kommunerna att göra försök med att sammanslå social- och hälsovårdstjänsterna för äldre så att de sköts av ett enda kollegialt organ, t.ex. socialnämnden, hälsovårdsnämnden eller en ny nämnd som bildas för skötseln av social- och hälsovårdstjänster för äldre. Regeringen fattade beslut om innehållet i propositionen torsdagen den 28 oktober. Avsikten är att republikens president avlåter propositionen till riksdagen på fredag.

Försöket är huvudsakligen inriktat på att sammanslå hemservicen och hemsjukvården till ett nytt uppgiftsområde, dvs. hemvård, för att på så sätt effektivisera funktionerna och förbättra servicen. Även om försöket centralt fokuserar på tjänster för äldre kan det gälla också andra klientgrupper som erbjuds tjänster i hemmet, t.ex. handikappade och långtidssjuka.

Social- och hälsovårdsministeriet godkänner på ansökan de kommuner och samkommuner som deltar i försöket. En förutsättning för godkännande är att försöket förbättrar samordningen av social- och hälsovårdstjänster för de klienter som omfattas av försöket utan att försöket medför betydande olägenheter för social- och hälsovårdsservicen som helhet. Försöket är avsett för sådana kommuner i vilka uppgifterna inom socialvården och folkhälsoarbetet inte i sin helhet har sammanförts i en enda nämnd. Försöket gäller inte den specialiserade sjukvården.

De föreslagna lagarna avses träda i kraft den 1 januari 2005 och gälla till den 31 december 2008.

## Pressmeddelande 309/2004

# En totalrevidering av jämställdhetslagen föreslås

Regeringen föreslår att lagen om jämställdhet mellan kvinnor och män ändras. Genom förslaget genomförs samtidigt Europeiska unionens direktiv om likabehandling i arbetslivet. Den bestämmelse i grundlagen som gäller jämställdhet i samhällelig verksamhet och i arbetslivet har beaktats i förslaget, liksom också anteckningarna om jämställdhet i regeringsprogrammet. Målet med den föreslagna lagändringen är en total revidering av jämställdhetslagen.

Bestämmelserna om arbetsplatsernas jämställdhetsplanering preciseras. Enligt förslaget skall jämställdhetsplanen innehålla en utredning av fördelningen av kvinnor och män i olika uppgifter samt en kartläggning av klassificeringen, lönerna och löneskillnaderna i fråga om kvinnors och mäns uppgifter. Preciseringsen av skyldigheten till jämställdhetsplanering, t.ex. genom lönekartläggningar, är av stor betydelse när det gäller att främja lika lön för kvinnor och män och avlägsna löneskillnader som beror på kön.

För att jämställdhetsplaneringen skall bli effektivare föreslås att en arbetsgivare som efter en uppmaning av jämställdhetsombudsmannen försummar planeringsskyldigheten skall kunna föreläggas vite. Jämställdhetsombudsmannen skall kunna fastställa en tidsfrist inom vilken jämställdhetsplanen skall göras upp. Jämställdhetsnämnden skall på föredragning från jämställdhetsombudsmannen vid behov vid vite kunna förordna att planen skall utarbetas.

Det föreslås att definitionen av direkt och indirekt diskriminering på grund av kön tas in i jämställdhetslagen. Likaså föreslås det att sexuella trakasserier och trakasserier på grund av kön

definieras som i lagen förbjuden diskriminering. Bestämmelserna om förbjuden diskriminering föreslås gälla även läroanstalter (med undantag för grundskolan) och intresseorganisationer. Nytt i lagen skulle även vara en bestämmelse enligt vilken en instruktion att diskriminera personer på grund av kön definieras som diskriminering.

Enligt den gällande lagen kan den som överträtt förbudet mot diskriminering i arbetslivet dömas att betala gottgörelse. Enligt förslaget skall också motåtgärder, trakasserier och diskriminering vid läroanstalter och i intresseorganisationer, som enligt förslaget utgör i jämställdhetslagen förbjuden diskriminering, omfattas av skyldigheten till gottgörelse. För gottgörelsen fastställs inget maximibelopp utom i anställningssituationer. I fråga om yrkande på gottgörelse förlängs tiden för väckande av talan till två år, utom i anställningsfall, där tiden för väckande av talan är ett år.

Genom den föreslagna lagändringen utvidgas lagens tillämpningsområde i tillämpliga delar till sådana former av arbete som liknar arbets- eller anställningsförhållanden samt till hyrd arbetskraft.

Bestämmelserna om myndigheternas allmänna plikt att främja jämställdheten och om organ som utövar offentlig makt preciseras. Bestämmelsen om att principen om integrering av ett jämställdhetsperspektiv skall iakttas förpliktar myndigheterna att beakta jämställdhetsperspektivet i all sin verksamhet och även att ändra på de omständigheter som utgör hinder för genomförandet av jämställdheten.

I den gällande lagen finns bestämmelser om att kvinnor och män skall vara representerade till minst 40 procent vardera i statliga och kommunala organ. Enligt förslaget utvidgas kvotbestämmelsernas tillämpningsområde till att gälla organ för kommunal samverkan och organ som utövar offentlig makt. I den föreslagna lagen bestäms om den fördelning av bevisbördan som tillämpas vid behandlingen av diskrimineringsärenden vid domstol eller annan behörig myndighet.

Lagen avses träda i kraft den 1 januari 2005. Regeringen fattade beslut om innehållet i propositionen torsdagen den 30 september. Avsikten är att republikens president avlåter propositionen till riksdagen på fredagen den 8 oktober.

## Pressmeddelande 269/2004

### Kompletterande utbildning för socialvårdspersonalen

Regeringen förslår att en bestämmelse om kompletterande utbildning för socialvårdspersonalen införs i socialvårdslagen. Enligt förslaget skall kommunerna sörja för att socialvårdspersonalen, beroende på grundutbildningens längd, hur krävande arbetet är och befattningsbeskrivningen, i tillräcklig utsträckning deltar i den kompletterande utbildning som ordnas för den. Regeringen fattade beslut om innehållet i propositionen tisdagen den 14 september. Avsikten är att republikens president avlåter propositionen till riksdagen samma dag.

Kommunerna kan själv avgöra hur den kompletterande utbildningen ordnas och genomförs. Avsikten är att den kompletterande utbildningen kan genomföras både som individuell utbildning och som utbildning för yrkesgrupper eller arbetsplatser. Utbildningen kan också ordnas som ett samarbete inom ett område eller en region.

Skyldigheten att delta i kompletterande utbildning stöder upprätthållandet och utvecklingen av personalens yrkesskicklighet, vilket för sin del främjar att socialvårdens klienter får de tjänster de behöver i en kvalitativ, effektiv och ekonomisk form.

Kommunernas skyldighet att se till att socialvårdspersonalen i tillräcklig utsträckning deltar i den kompletterande utbildningen betyder att kommunen svarar för kostnaderna för ut-



bildningen. De årliga tilläggskostnaderna för kommunerna uppskattas till 51 750 000 euro. Eftersom avsikten är att den förslagna lagen träder i kraft från början av augusti 2005 uppskattas tilläggskostnaderna för år 2005 till 21 560 000 euro, varav statens andel är 7 113 000 euro. I statsbudgeten för 2005 har föreslagits ett motsvarande tillägg i kommunernas statsandelar för social- och hälsovård.

Lagen avses träda i kraft den 1 augusti 2005. Propositionen hänför sig till budgetpropositionen för 2005 och avses bli behandlad i samband med den.

## Pressmeddelande 267/2004

# Social- och hälsovårdsministeriets budgetförslag för 2005: Familjernas, äldre personers och veteraners ställning förbättras och social- och hälsovården utvecklas

Anslagen för social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde för nästa år uppgår till cirka 9,9 miljarder euro. Anslaget är drygt 500 miljoner euro (5 %) högre än i årets budget. I budgetpropositionen betonas en förbättring av familjernas ställning och äldre personers utkomst samt utveckling av social- och hälsovården. De indexbundna förmånernas exakta belopp kan ändras i samband med att indexen fastställs.

De största anslagsökningarna i social- och hälsovårdsministeriets budget beror på tilläggsfinansieringen till kommunerna för förbättringar inom social- och hälsovården, säkerställande av tillgången till social- och hälsovårdstjänster, föreslagna revideringar i sjukförsäkringen, ökade sjukförsäkringskostnader samt nivåhöjning av folkpensionerna och förmåner som är bundna till folkpensionens nivå. Till frontveteraners och krigsinvaliders särskilda förmåner anvisas cirka 21 miljoner euro mera medel. Indexjusteringarna av utgifterna för utkomstskyddet ökar utgifterna med cirka 47 miljoner euro. För höjningen av de lägsta minimidagpenningarna anvisas 14,8 miljoner euro. Anslagen används fortsättningsvis främst i form av statsandelar till kommunernas social- och hälsovård samt till pensioner, barnbidrag och sjukförsäkring.

Socialutgifterna beräknas uppgå till cirka 41,8 miljarder euro år 2005. Ungefär en tredjedel av dessa utgifter finansieras via statsbudgeten. Social- och hälsovårdsministeriets andel är två tredjedelar.

## Mera pengar till den kommunala social- och hälsovården

Staten satsar fortsättningsvis på att utveckla välfärdstjänsterna. För den kommunala social- och hälsovårdens del är målet att säkerställa fungerande tjänster som är tillgängliga för alla samt en grundläggande försörjning. Social- och hälsovårdsministeriet har startat flera utvecklingsprojekt som för sin del hjälper kommunerna att ordna social- och hälsovårdstjänster.

Den statsandel för driftskostnader inom social- och hälsovården som betalas till kommunerna uppgår till 3 529 miljoner euro. Summan är cirka 210 miljoner euro (6,3 %) högre än i årets budget. Av ökningen hänför sig drygt 110 miljoner euro till utvecklingen av kommunernas hälso- och sjukvårdssystem enligt det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet och utvecklingen av det sociala området enligt utvecklingsprojektet för det sociala området. Av ökningen används 11,4 miljoner euro för att höja stödet för hemvård och privatvård av barn, 7,1 miljoner euro för att ordna fortbildning för personalen inom den kommunala socialvården och 91,7 miljoner euro för att höja statsandelsprocenten med 0,80 procentenheter.

Statsandelsprocenten för driftskostnaderna inom den kommunala social- och hälsovården höjs från nuvarande 31,82 procent till 32,99 procent år 2005. Som statsunderstöd till kommu-

nernas social- och hälsovårdsprojekt har dessutom reserverats 54,4 miljoner euro. Av understödet är 30 miljoner euro avsedda att användas till utvecklingsprojekt som stöder det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet. Resten används för projekt som verkställer utvecklingsprojektet för det sociala området och alkoholprogrammet samt för anläggningsprojekt inom social- och hälsovården.

Budgetpropositionen innehåller dessutom en ersättning på 55,3 miljoner euro för utgifter i samband med systemet för utjämning av stora kostnader för barnskyddet, vilket är 8 miljoner euro (17 %) mera än i årets budget.

### Mera stöd för barnfamiljerna – familjekostnaderna utjämnas

Minimibeloppet för sjuk-, moderskaps-, faderskaps- och föräldrapenning samt den särskilda moderskapspenningen höjs med 3,75 euro per dag, dvs. med nästan 94 euro i månaden. Ändringen höjer på motsvarande sätt också minimibeloppet för rehabiliteringspenning enligt lagen om rehabiliteringspenning, som är 15,20 euro per dag från början av år 2005. Förhöjningarna ökar statens utgifter med sammanlagt 14,8 miljoner euro. Från den 1 oktober 2005 justeras dessutom bestämningsgrunden för dagpenningar i samband med graviditeter som följer tätt efter varandra och vid kortvariga anställningar. De kostnader som familjeledigheterna förorsakar arbetsgivare utjämnas bättre än tidigare genom att ersättningen till arbetsgivare för semesterkostnader för den tid som föräldrapenningen betalas höjs från och med den 1 januari 2005. Justeringarna ökar statens utgifter med 4 miljoner euro år 2005.

Vårdpenningen enligt stödet för hemvård av barn höjs med 42 euro i månaden och vårdpenningen enligt stödet för privat vård av barn med 19,60 euro i månaden från och med den 1 januari 2005. Efter förhöjningen är vårdpenningen enligt stödet för hemvård av barn 294,28 euro i månaden och enligt stödet för privat vård av barn 137,33 euro i månaden.

En barnombudsmannatjänst inrättas i anslutning till social- och hälsovårdsministeriet den 1 september 2005. Barnombudsmannen har till uppgift att bevaka och främja barnens rättigheter och intressen tillsammans med andra myndigheter.

### Mera rehabilitering och förmåner till veteranerna

Till frontveteraners och krigsinvaliders särskilda förmåner anvisas sammanlagt 456 miljoner euro år 2005. Frontveteranernas och krigsinvalidernas ställning och regelrätta rehabilitering stöds med ett tilläggsanslag på cirka 21 miljoner euro. Frontveteranernas rehabilitering utvecklas så att alla som så önskar kan från och med år 2005 få rehabilitering årligen. Rehabiliteringspraxisen utvecklas så att den öppna rehabiliteringens andel utökas. Antalet personer som är berättigade till rehabilitering för specialgrupper utökas. Rätt till rehabilitering får också de personer som utsattes för Sovjetunionens partisananfall och som har beviljats en engångsersättning samt de män som deltagit i evakueringen av boskap inom krigsoperationsområden. Gränsen för att få kommunala öppenvårdstjänster avsedda för krigsinvalider sänks från nuvarande invaliditetsgrad på 25 procent till en invaliditetsgrad på 20 procent. Krigsinvalider som är bosatta i Sverige och vars invaliditetsgrad är minst 20 procent har från början av år 2005 rätt till måltidsersättning. Nivåhöjningen av folkpensionen höjer det extra fronttillägget med högst 3 euro i månaden.

### Sjukförsäkringsutgifterna stiger och finansieringen reformeras

Sjukförsäkringsutgifterna stiger nästa år med uppskattningsvis 7 procent. Det här beror främst på de ökade utgifterna för sjukdagpenning och läkemedelsersättningar. Sjukförsäkringsutgifterna beräknas uppgå till 3,7 miljarder euro år 2005. Staten styr sammanlagt 3,2 miljarder euro till folkpensions- och sjukförsäkringsfonden, mervärdesskattredovisningen på 1,0 miljarder euro inberäknad.



För godkännande av nya läkemedel till förteckningen över läkemedel som omfattas av specialersättning reserveras, liksom under tidigare år, 8,4 miljoner euro. Inbesparingen av att sammanfatta offentliga trafik tjänster uppskattas till 1 miljon euro år 2005. Säkerställandet av tillgången till offentlig hälso- och sjukvård medför att sjukförsäkringsersättningarna för behandling i specialavgiftsklass slopas före år 2008. Det totala kostnadsansvaret för sjukvårdskostnader inom den lagstadgade olycksfallsförsäkringen och trafikförsäkringen genomförs från början av år 2005 så att vård inom den offentliga sjukvården ersätts till kommunerna i enlighet med kommunfaktureringen.

Sjukförsäkringens finansiering reformeras vid ingången av år 2006. Sjukförsäkringen indelas då i arbetsinkomstförsäkring och sjukvårdsförsäkring. Arbetsinkomstförsäkringen finansieras av arbetsgivare och arbetstagare medan sjukvårdsförsäkringen finansieras med de försäkrades premier och med statliga medel.

### Pensionsutgifterna

Totalt har under social- och hälsovårdsministeriets huvudtitel för nästa år reserverats drygt 1,6 miljarder euro för pensioner. Av summan används drygt 1,09 miljarder euro till folkpensioner, 414,1 miljoner euro till lantbruksföretagarpensioner, 60 miljoner euro till företagarpensioner och 37 miljoner euro till sjömanspensioner. Av beloppet beror cirka 22 miljoner euro på indexhöjningar av förmånerna till pensionstagare.

Arbetspensionerna finansieras huvudsakligen genom arbetsgivares och arbetstagares försäkringsavgifter. Inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde deltar staten i finansieringen av företagare-, lantbruksföretagare- och sjömanspensioner. Folkpensionerna, som utgör cirka 15 procent av de totala pensionsutgifterna, finansieras huvudsakligen genom arbetsgivares försäkringsavgifter samt med statliga medel.

### Pensionsreformen träder i kraft vid ingången av år 2005

Med pensionsreformen, som träder i kraft den 1 januari 2005, försöker man uppmuntra äldre arbetstagare att stanna kvar i arbetslivet så att den genomsnittliga pensionsålders som nu är 59 år skulle stiga med 2-3 år. Åldern för ålderspension blir flexibel på så sätt att pension intjänas enligt en högre procent om en arbetstagare inte går i pension vid uppnådd pensionsålder. Med pensionsreformen försöker man dessutom göra sättet för beräkning av de inkomster som utgör grunden för pensionen, t.ex. i fråga om kortjobb, klarare och rättvisare. Arbetspension intjänas från och med 18 års ålder. Pension intjänas också under den tid man sköter ett barn eller studerar. Vid ingången av år 2009 tas också en s.k. livslängdskoefficient i bruk, genom vilken pensionsskyddet anpassas till den ökade genomsnittliga livslängden.

### Ny indexjustering för dagpenningar och arbetspensioner

Härefter justeras alla löpande arbetspensioner med ett pensionsindex, där levnadskostnadernas andel är 80 % och lönerns andel 20 %. För justering av de inkomster som ligger till grund för pensionen införs en lönekoefficient, där levnadskostnadernas andel är 20 % och lönerns andel 80 %. Samma lönekoefficient används också vid justering av inkomstgränser i fråga om dagpenningar inom sjukförsäkringen och rehabiliteringspenning samt för justering av inkomster som ligger till grund för dagpenningar inom sjukförsäkringen, rehabiliteringspenning och vid undantagsfall även för arbetslöshetsdagpenning. Rehabiliteringspenningar justeras i fortsättningen med pensionsindexet. Folkpensionsindexet förblir oförändrat. Ändringarna kommer att ha liten inverkan på sjukförsäkringsutgifterna.

### Utkomstskyddet för arbetslösa

År 2005 beräknas arbetslöshetsnivån sjunka från nuvarande 8,8 procent till 8,5 procent, vilket minskar såväl utgifterna för statsandelar till arbetslöshetskassorna som utgifterna för bastryggheten. Grunddagpenningen för arbetslösa höjs från 23,16 euro till 23,25 euro per dag så att den motsvarar förändringarna i levnadskostnaderna. Företagarnas utkomstskydd vid arbetslöshet justeras så att en företagare som blir löntagare eller en löntagare som blir företagare inte går miste om sina förmåner. De verkningar som företagarnas utkomstskydd vid arbetslöshet har på de totala utgifterna är ringa.

### Bättre ork i arbetet

Utkomstskyddet utvecklas genom förebyggande åtgärder. Målet är göra arbetslivet mera lockande, vilket genomförs med det s.k. Veto-programmet. Programmet följer upp pensionsreformens verkningar och främjar projekt som syftar till att öka välbefinnandet i arbetslivet. Särskild vikt läggs vid god kvalitet i arbetslivet samt säkerhetskultur. Samarbetet mellan företagshälsovården och rehabiliteringen intensifieras och möjligheterna att förena arbete och familjeliv förbättras. Genom särskilda åtgärder förebyggs utslagning och fattigdom samtidigt som möjligheterna att klara sig på egen hand främjas.

### Nivåförhöjning av folkpensionerna

Miniminivån för pensionerna säkerställs genom en nivåförhöjning av folkpensionerna från och med den 1 mars 2005. Nivåförhöjningen är 7 euro i månaden. Nivåförhöjningen inverkar också på andra förmåner som är bundna till folkpensionens nivå, såsom efterlevandepensioner, extra fronttillägg och särskilt stöd för invandrare. Förhöjningen ökar statens utgifter med sammanlagt 49 miljoner euro år 2005.

### Pensionsstöd för arbetslösa

Utkomsten för äldre långvarigt arbetslösa personer tryggas genom ett pensionsstöd från och med den 1 maj 2005. Stödet beviljas personer födda 1941-1947 som fått utkomstskydd för arbetslösa i över 10 år. Stödets belopp är minst detsamma som folkpensionens belopp. Statens finansieringssandel uppskattas till 16,7 miljoner euro år 2005, men utgifterna för arbetsmarknadsstödet och det allmänna bostadsbidraget minskar på motsvarande sätt.

### Bättre företagshälsovård för lantbruksföretagare

Vid Lantbruksföretagarnas pensionsanstalt inrättas ett register över besök på lägenheten för att förbättra förebyggandet av arbetsolyckor och yrkessjukdomar bland lantbruksföretagare.

### Socialförsäkringsavgifter

Finansieringen av utkomstsystemen förblir till sin struktur oförändrad. Det sammanlagda beloppet av arbetsgivares och de försäkrades obligatoriska socialförsäkringsavgifter stiger (se tabell).

Privata arbetsgivare, statens affärsverk och kommunala arbetsgivare i de kommuner som deltar i Kajanalands förvaltningsförsök befrias från socialskyddsavgiften under åren 2005–2009. År 2005 befrias också privata arbetsgivare och statens affärsverk från socialskyddsavgiften i vissa kommuner i norra Finland och i skärgården. För att täcka underskottet tas en högre utgift ut av övriga arbetsgivare. Förhöjningen riktas i sin helhet till folkpensionsavgiften och samtidigt slopas den förhöjningen på 0,014 procentenheter som gällde sjukförsäkringsavgiften år 2004. Arbetsgivares folkpensionsavgift höjs således år 2005 sammanlagt med 0,016 procentenheter. Arbetslöshetsförsäkringsavgiften för arbetsgivare uppskattas stiga till 0,7 procent av lönen för ett lönebelopp upp till 840 940 euro och till 2,7 procent av lönen för den överskjutande delen av lönebeloppet. Den genomsnittliga arbetspensionsavgiften för arbetsgivare antas stiga till 16,9 procent.

Med anledning av att arbetslöshetsförsäkringsavgiften för löntagare och pensionsavgiften för arbetstagare stiger beräknas det sammanlagda beloppet av arbetstagares socialförsäkringsavgifter att stiga med 0,25 procentenheter. För personer som fyllt 53 år stiger avgiften med 1,55 procentenheter eftersom personer som fyllt 53 år betalar en högre pensionsavgift från och med den 1 januari 2005. Den försäkrades sjukförsäkringspremie förblir oförändrad, dvs. 1,5 procent. Arbetspensionsavgiften för arbetstagare beräknas stiga till 4,7 procent. Arbetslöshetsförsäkringsavgiften för löntagare beräknas stiga till 0,4 procent av lönen.

Pensionsavgiften för lantbruksföretagare och företagare beräknas vara 21,6 procent för personer under 53 år och 22,9 procent för personer som fyllt 53 år. Avgiften följer den genomsnittliga APL-avgiften.

### Rehabilitering

För rehabilitering som beviljas enligt prövning använder folkpensionsanstalten 100 miljoner euro. Folkpensionsanstalten kan använda 87,4 miljoner euro för individuell rehabilitering som beviljas enligt prövning och 12,6 miljoner euro för projekt som utvecklar rehabiliteringen, bland annat projekt för utvecklande av psykiatrisk rehabilitering av barn och unga samt geriatrisk rehabilitering. Folkpensionsanstalten fattar beslut om hur medlen skall användas. Ersättning för uppehälle i samband med rehabilitering höjs från 5,05 euro till 8 euro per dag.

### Mera resurser

En ny överinspektörstjänst inrättas vid jämställdhetsombudsmannens byrå den 1 januari 2005. På så sätt får byrån mera resurser att handlägga det ökade antalet ärenden. Jämställdhetsombudsmannen finns i anslutning till social- och hälsovårdsministeriet och övervakar att lagen om jämställdhet mellan kvinnor och män följs.

För att säkerställa tillgången till företagshälsovård föreslår 2,7 miljoner euro för att användas av Institutet för arbetshygien för att utöka specialiseringsutbildningen för företagshälsovårdsläkare. För utbildningen behövs flera lärare vid universiteten, Institutet för arbetshygien och andra företagshälsovårdsenheter.

## Pressmeddelande 254/2004

### Social- och hälsovårdsminister Sinikka Mönkäre: Allt har sin gräns – en diskussion om välfärdsstatens uppgifter behövs

Det behövs en diskussion om välfärdsstatens uppgifter. Samhället har till uppgift att säkerställa basservicen i ett välfärdssamhälle, men varje individ har också själv ansvar för sig själv och sina anhöriga, konstaterade social- och hälsovårdsminister Sinikka Mönkäre då hon talade vid socialkonferensen i Imatra den 1 september.

Minister Mönkäre anser att den diskussion som överdirektören vid Stakes Matti Heikkilä har startat är viktig. En omvärdering av välfärdsmodellen behöver inte nödvändigtvis betyda att man skulle minska på samhällets ansvar. Finländarna uppskattar offentlig service och är beredda att betala skatt för att finansiera välfärdssamhället.

Även om vi lever i ett välfärdssamhälle har individen också själv ansvar för sin hälsa, sitt välbefinnande och sina barns fostran. Välfärdssamhällets grundtanke är att ge alla en möjlighet till ett gott liv. Då samhället erbjuder utbildning, social- och hälsovårdstjänster samt inkomstöverföringar, förutsätter det också att individen deltar i att baka den gemensamma kakan. För de flesta betyder det här studier och arbete. Den högre levnadsstandarden har fört med sig välfärdssjukdomar som beror på osunda levnadsvanor. Upplysning om sunda levnadsvanor be-

hövs, hälsosamma val märks för individens del i form av bättre hälsa samtidigt som ökningen av hälsovårds- och läkemedelskostnaderna minskar på riksnivå. Det är var och ens sak att ta hand om sina närmaste, även om samhället erbjuder en hel del service i anslutning till detta, sade minister Mönkäre.

Ett bra exempel är diskussionen om subjektiv rätt till dagvård. Det är fråga om barnets rätt till vård. Men allt har sin gräns, betonade minister Mönkäre. För de flesta föräldrar är det självklart att använda sunt förnuft. Men om en del familjers krav är orimliga, måste någon våga säga det rakt ut. Det finns möjligheter att erbjuda alternativ till heldagsvård, t.ex. klubbverksamhet och dagvård på deltid, beroende på familjens situation.

## Pressmeddelande 241/2004

### Kvalitetsrekommendationen för skolhälsovården stöder elevernas välbefinnande

Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands Kommunförbund har tillsammans gett ut en kvalitetsrekommendation för skolhälsovården. Syftet med kvalitetsrekommendationen är att trygga verksamhetsförutsättningarna för en högklassig skolhälsovård. Kvalitetsrekommendationen är avsedd för beslutsfattare inom kommunerna och för ledningen med ansvar för skolhälsovården. Med hjälp av rekommendationen styrs skolhälsovården så att eleverna får högklassiga och likvärdiga skolhälsovårdstjänster över hela landet. Kvalitetsrekommendationen grundar sig på handboken Skolhälsovården 2002.

Det förekommer stora regionala och lokala skillnader när det gäller ordnandet av skolhälsovårdstjänster. För närvarande finns det inte tillräckligt med skolhälsovårdare eller skolläkare vid alla hälsovårdscentraler. I kvalitetsrekommendationen betonas att det skall finnas en tillräcklig personal inom skolhälsovården så att skolhälsovårdstjänsterna är lättillgängliga för eleverna och deras familjer. Elevernas välbefinnande och hälsa följs upp genom hälsoundersökningar.

Samarbetet mellan hemmet och skolhälsovården är utgångspunkten för en god skolhälsovård. Föräldrarna skall vid behov kunna ta kontakt med skolhälsovården. På motsvarande sätt kontaktar skolhälsovården hemmet som en normal del av verksamheten. Samarbetet utgör grunden för utvecklingsarbetet. Målet är en sund och trygg inlärningsmiljö.

## TYÖPAPEREITA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2005

Matti Rimpelä, Anni Ojajärvi, Pauliina Luopa, Hanne Kivimäki: Kouluterveyskysely, kouluterveydenhuolto ja terveystieto. Perusraportti kyselystä yläkouluille ja terveystieteille  
Työpapereita 1/2005 Tilausnro T1/2005

Kalle Reinikainen, Timo P. Karjalainen: Sosiaalisten vaikutusten arviointi voimajohtohankkeissa  
Työpapereita 2/2005 Tilausnro T2/2005

Mauno Konttinen, Milla Roos (toim.): Annus Medicus Fenniae 2005. Nordiskt hälsodirektörsmöte. Tórs-havn, 21.–23. augusti 2005  
Työpapereita 3/2005 Tilausnro T3/2005

Stakes: Laadullisen sosiaalitutkimuksen eettiset kysymykset. Kutsuseminaari 2.5.2005  
Työpapereita 4/2005 Tilausnro T4/2005

Tarja Heino, Tuula Kuoppala, Salla Säkkinen: Lastensuojelun avohuollon tilaston haasteet; kuntakyselyn yhteenveto  
Työpapereita 5/2005 Tilausnro T5/2005